This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

ANNÉE 1902

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD

Médecin de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. G. BALLET, BALZER, BARBIER, BARIÉ, BARTH, BÉCLÈRE, BELIN, DE BEURMANN BROCQ, DU CASTEL, CHARRIN, CHAUFFARD, COURTOIS-SUFFIT, CUFFER, FÉRÉ, GALLIARD GAUCHER, HALLOPEAU, E. HIRTZ, JOFFROY, JOSIAS, KLIPPEL, LABADIE-LAGRAVE LANDRIEUX, LAUNOIS, LAVERAN, P. MACAIGNE, P. MARIE, MOIZARD, MOLLARD (de Lyon) MOREL-LAVALLÉE, MOSNY, F. RAYMOND, A. RENAULT, RENAUT (de Lyon), RENON A. ROBIN, ROQUES, SEVESTRE, SIREDEY, THIBIERGE, TIFIROLOIX, TRIBOULET, VARIOT WURTZ ; — ARROU, BAZY, BEURNIER, BOUGLÉ, CHEVALIER, P. DELBET, DEMOULIN FAURE, GUINARD, DE LA PERSONNE, LE DENTU, LEGUEU, LYOT, GÉRARD-MARCHANT MAUCLAIRE, CH. MONOD, MORESTIN, NÉLATON, PICQUÉ, POTHERAT, POZZI, QUENU P. RECLUS, REYNIER, RICHELOT, ROUTIER, SCHWARTZ, — BAR, BOISSARD, BRINDEAU DEMELIN, MAYGRIER, PORAK, TISSIER, médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux.
FABRE, LIÉGEOIS, LINOSSIER, de l'Académie de médecine.
MM. AMBARD, BAILLET, BERGOUIGNAN, BONNEAU, BRETON, J. CAMESCASSE, CASTEX CAUTRU, A. COURTADE, D. COURTADE, DAUCHEZ, DESNOS, DE FLEURY, FLŒRSHEIM GILLET, MACÉ, MAGDELAINE, MARCIGUEY, MÉRIGOT DE TREIGNY, MILHIET, NOGUÈS PIATOT, ROCHON-DUVIGNEAUD, F. TERRIEN, A. TERSON, TOURNIER, A. WEBER internes et anciens internes des hôpitaux.
BLIND, BRISSEMORET, HUGENSCHMIDT, MARCHANDÉ, SAUVEZ.
Secrétaire général : CH. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine.

ANNÉE 1902 — SEIZIÈME ANNÉE

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 38, BOULEVARD DES INVALIDES

Téléphone : 717-15

ABONNEMENTS : Un an { France..... 12 fr. / France (union postale).. 15 fr.

Les abonnements partent du 1er Janvier, du 1er Avril et du 1er Juillet

Digitized by Google

PARIS. — IMPRIMERIE CH. SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Table alphabétique des Matières

ANNÉE 1902

A

Accidents. — Lois sur les A... de travail, 377, 716.
Achondroplasie. — A... 413.
Acide carbonique. — Bains d'A... dans les cardiopathies, 270. — A... dans les pyrexies (LIÉGEOIS), 485.
Acidité. — A... urinaire chez l'homme sain et malade (NICOLAIDI), 544.
Action. — Une mauvaise A... (HUCHARD), 591.
Adénopathie mésentérique dans les appendicites aiguës. — 835.
Adipose douloureuse. — (BALLET), 582. — A... à forme nodulaire, 831.
Adrénaline. — Nouvelles applications de l'A.... 506. Intoxication par l'A..., 797.
Aérophagie. — (HAYEM), 322.
Agrafe de Michel dans la chirurgie abdom. — 179.
Agrégation. — Formation des maîtres et concours d'A..., 631.
Agurine. — A..., 613.
Aiselle. — Phlegmon de l'A..., 202.
Albuminuries. — Régime de certaines A... (FIESSINGER), 374.
Alcool. — Influence de l'A... et du tabac sur le travail, 281.
Aliénation mentale. — Traitement de l'A... par le bain continu, 779.
Alimentation. — Réglementation nouvelle du régime dans les hôpitaux, 465.
Allaitement. — A... dans les suites de couches pathologiques, 441. — A... artificiel, 666. — A... par le lait de chèvre, 699.
Altitude. — Influence de l'A... etc., sur les échanges respiratoires, 763.
Amnésie. — A... au point de vue médico-légal, 527.
Ampoules. Cancer de l'A... de Vater, 385.
Amyloïde. — Dégénérescence rénale A..., 622.
Analgésique. — A... Locaux exempts de toxicité (CHAUVEL), 111.
Anesthésie. — A... locale, 576.
Anévrysme. — A... de l'aorte datant de 16 ans etc. (WHIPHAM), 297. — Traitement chirurg. de l'A... de la crosse de l'aorte (TUFFIER), 207. — Trait. chirurg. des A... de l'aorte, 223. — A... (GUINARD), 276. — A..., 318. — A... de la portion ascendante de l'aorte (DUFLOCQ et VOISIN), 318.
Annexite. — A... droite et appendicite (GUINARD), 451.
Angine. — A... de poitrine hystérique, 193. — A... diphtériques observées en 1901 et 1902, 478. — Fuso-bacilles dans les angines banales, 223. — Contagion de l'A... à spirilles de Vincent, 358. — A... pseudo-membraneuse de la syphilis, et la diphtérie, 409.
Anorexie. — A... des phtisiques, 775.
Antidiphtérique. — Injection préventive de sérum A... (NETTER), 94.
Anurie. — A... calculeuse (BAZY), 399. — A... réflexe traitée par l'inject. épidurale (BERGOUIGNAN), 516.
Aorte. — A... pulsatile abdominale (HUCHARD), 394. — Diagnostique de l'Aortite abdominale, 268. — Aortite syphilitique latente (RÉNON), 51.
Aphasie — A... dans la paralysie générale (JOFFROY), 687.
Appendicite. — A... dans les infect. générales (SIMONIN), 46. — A... avec phlegmon scrotal, 223. — A... (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE), 307. — Mort subite dans l'A... (LION), 318. — Auto-observation d'A..., 319. — A... gangréneuse, 351. — Formes gangréneuses de l'A... (QUÉNU), 399. — A... toxique (DIEULAFOY), A... (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 463. — Une observation d'A..., 495. — A... chez les enfants, 633. — Troubles urinaires au cours de l'A... 669. — A... pneumococcique (FERRIER), 671. — Traitement chirurgical de l'A... (MOTY), 719.
Arachnodactylie. — A... (ACHARD), 771.
Argent. — Injection d'A... métallique en thérapeutique (RÉNON), 817.
Arrhénal. — A..., 158. — A... dans la fièvre palustre (KERMORGANT), 749.
Arsenic. — Iodure d'A... dans la bronchite des enfants, 253.
Artérite. — Forme plastique de l'A... métapneumonique (GALLIARD), 782.
Arthrite. — A... blennorrhagique (VAQUEZ et LAUBRY, 767.
Arthritique. — Métrite des A... nerveuses (RICHELOT), 393. — Nutrition des A..., 584. — Arthritisme et uricémie (BOUCHARD), 21.
Arthropathie. — A... tabétique de la hanche 727.
Ascite. — A... lactescente et cancer du colon (ACHARD et LANBRY), 302.
Asepsie. — A... et Antisepsie en obstétrique (DEMELIN), 113.
Asphyxie. — A... locale des extrémités (GOUGET) 350.
Aspirine. — A..., 824.
Association. — A... coopérative des étud. en méd. 664.
Asthme. — A... des enfants, 664. — A... neurasthénique (FIESSINGER), 694.
Astragale — Luxation sous-astragalienne en avant, 620. — Méthode non sanglante de réduction des luxations de l'A... (BOUDIN), 629.
Astringentes. — Emploi de quelques plantes A... (LIÉGEOIS), 87.
Atrophie. — A... infantile d'origine gastro-intestinale, 174. — A... congénitale des testicules sans infantilisme ou féminisme, 223.
Atropine. — Survie dans les empoisonnements par l'A..., 766.
Atrésie. — Rapport des A... du vagin avec la grossesse, 287.
Attrition. — A... sous-cutanée directe des grosses artères (LEJARS), 866.
Avortement. — A... multiple, 577. — A... provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin, 748.

B

Baccalauréats. 488.
Bactériologie. — Précis de B... (BERLIOZ) 751.
Bassins. — Conduite à tenir dans les B... rétrécis, 605.
Bains. — Des B... dans les suites de couches, 498.
Basedow. — Forme fruste de la maladie de B..., 861.
Baume. — B... du Pérou, 832. — B... du Pérou dans les bronchites, 234.
Belladone. — Intoxication belladonée (VARIOT et DUFESTEL), 121.
Blennorrhagie. — Traitement de la B... par l'acide picrique (DERAMOND), 215.
Boissons. — B... abondantes dans les pyrexies (LIÉGEOIS), 785.
Bouilleurs. — B... de cru (JOFFROY), 719.
Bourbonne. — Incident de B..., 655.
Bright. — Traitement diététique du mal de B..., 747.
Bronchite. — Traitement de la B... fétide (ROBIN), 105.
Brûlures. — Traitement des B... par les essences, 311.

C

Cachou, 118.
Cacodylique. — Acide C... dans les maladies mentales, 29.
Cactus grandiflora, 568.
Cœcotomie pour tumeur stercorale fixée dans l'intestin (PLUYETTE), 367.
Cœreus grandiflora. — Action cardiaque du C..., 746.

Digitized by Google

Caféine. — C... en thérapeutique infantile, 606.
Calculs. — Extirpation de C... du rein (RICHE), 719. — Id. de C... de la vessie chez les enfants de la race Hova (FONTOYNONT), 672.
Calomel. — C... comme diurétique, 600. — Incompatibilité du C... et du chlorhydrate de cocaïne, 824.
Cancer. — Traitement médical du C..., 333. — Examen du sang dans le C.., 349. — Nouvelle méthode du traitement du C...., 156.
Capsules surrénales. — Insuffisance et hyperfonctionnement des C..., 655.
Cardiaque. — Anesthésie chez les C... (BARETTE), 131. — Id. C... (HUCHARD), 335.— Chloroforme chez les C... (HUCHARD), 387.— Les C... aux eaux minérales, 403. — Névroses C..., 559. — Sanatorium pour C..., 568.
Cardiopathie. — C... mortelle chez des enfants (ZUPPINGER), 505. — Traitement rénal des C... artérielles (HUCHARD), 345. — Règles générales pour le traitement kinésique des C... valvulaires (KRIKORS), 659.
Centenaire de Bichat, 480.
Céphalo-rachidien. — Liquide C..., par SICARD, 544.
Cérébral. — Abcès C..., 351 (BELIN), 413.
Chancre. — Traitement du C... mou et syphilitique (RENAULT), 353. — C... syphilitique de la face, 523.
Chaux. — Eau de C... dans les brûlures, 392.
Chéloïdes. — Traitement des C..., 606.
Chlorate. — Emploi du chlorate de potasse comme moyen préventif de certains avortements, 763.
Chloral. — Tremblement chloralique des muscles (BALLET et DELHERM), 351.
Chloretone, 392.
Chloroforme. — Mort par le C... (POIRIER), 79.— C...chez les cardiaques (HUCHARD), 97. — C... (GÉRARD MARCHANT), 95. — Accident par le C... (REYNIER), 110. — Discussion sur la chloroformisation, 141, 143, 158, 173, 174. — Un cas de mort subite par le chloroforme, 191. — Mort par le C..., 223. — Action nocive du C., sur le rein, administration de l'éther par le mode interrompu (RENAUT), 223. — Anesthésie par le C..., 382. — C... et le rein, 486. — Signe de la nuque dans la chloroformisation (BONNEAU), 724.
Chlore. — Crises choruriques dans les affections aiguës (ACHARD et LAUBRY), 431. — Dosage approximatif des chlorures urinaires (ACHARD et LAUBRY), 431. — Chlorure de calcium dans la métrite hémorragique, 444. — Anesthésie par le chlorure d'éthyle, 672.
Cholédoque. — Oblitération complète du C... sans ictère, 191.
Choléra. — Traitement du choléra infantile, 187. — C... d'Egypte en 1902 (PROUST), 703.
Chordoma. — Un cas de C..., 301.
Chorée. — Mort dans la C..., de Sydenham, 761. — Traitement de la C... (COMBY), 332.
Ciliaire. — Extirpation du ganglion C... (TERRIEN), 367.
Cirrhose. — C... paludique, 777.
Cœur. — Plaie du C... guérie par suture (PEYROT) 454.
Cocaïne. — La C... dans les contractions utérines, 140. — La C... lombaire en chirurgie, 251.
Colchique. — Un cas d'empoisonnement par la C..., 172.
Colique. — Rôle de l'angle colique gauche dans l'occlusion intestinale (QUENU), 432.— Colite muco-membraneuse et appendicite (BERNARD), 92. — Rétrécissement de l'angle gauche du colon transverse (TERRIER), 287. — Angle colique gauche siège de l'occlusion intestinale (TERRIER), 302.
Collargol. — C... dans la fièvre typhoïde (RÉNON), 831.
Collection. — C... huileuse, suite d'injection (WIDAL et LE SOURD), 79.
Coma. — Pseudo-C... diabétique (FIESSINGER), 150.
Concours. — C... de médecins des hôpitaux, 415, 750.
Congrès. — C... de l'Association des anatomistes de Montpellier, 271.
Conjonctivites. — C... granuleuses (MELCONIAN), 79. — Traitement des C..., 601.
Conserves — C... des champignons (GILLOT), 84.
Coqueluche, 792.
Cornes palpébrales, 380.
Corse. — Assainissement en C... (LAVERAN), 653.
Coryza. — Traitement du C... aigu, 462.
Cours. — C... de vacances, 687.
Convulsions. — C... chez l'enfant, 237.
Créosote. — Pour masquer l'odeur de la C..., 231.
Cuir chevelu. — Pansement des loupes du C..., 248.
Cure. — C... climatothérapique d'Ajaccio, 145
Cyanure de Mercure. — Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de C..., 463.
Cystite. — C... tuberculeuse, 569. — C... calculeuse d'origine rénale, 697.
Cyto-diagnostic. — Granulie méningée et C... (LANDRIEUX), 438.— Des liquides céphalorachidiens au cours des poussées méningitiques de la paralysie générale (WIDAL et LEMIERRE), 479.

D

Danval — Affaire D..., 247.
Dédoublement.— D...du second bruit, (CUFFER et BONNEAU), 385.
Démence. — D... syphilitique (HIRTZ), 145. Signes physiques de la D.... précoce, 729.
Dengue, — Adénites consécutives à la D..., (ANTONY et MORVAN), 63.
Dents. — Réimplantation simple des D..., 718. — Emploi des dentifrices contenant des substances aromatiques, 781.
Dépopulation. — Cause de notre D..., 439.
Dermatose. — D... et dyspepsie, 44.
Dermatologie. — Médication réductrice en D..., (DARIER), 505.
Désinfection. — D... des navires, 206.
Diabète. — D... sucré chez les enfants, 123. — Régime lacté exclusif chez les D..., 270. — Traitement du D.... et de l'albuminurie par la gélatine, (LAFFONT et LOMBARD), 297. — Remarques sur le régime des diabétiques, (LINOSSIER), 669. — Traitement des diabètes, (ROBIN), 441. — D... et vésanie, (CHASSARY et CIVATTE), 511. — Symptômes dentaires du D... sucré et du tabes, 527.
Diarrhées. — Le traitement des D... chroniques, 235.
Dichotomie. — La pratique de la D..., 750.
Dicrotisme. — D... dans la fièvre typhoïde, (ODDO et AUDIBERT), 479.
Digitale. — Administrat. de la D..., (HUCHARD), 329. — Huile digitalique Nativelle injectable, 285.
Diphtérie. — Le bacille D... dans la bouche des enfants sains, 61. — Injections prophylactiques préventives de la D...., 204 — Epidémie de D... observée dans le canton d'Ancy-le-Franc, 206. — D... à Rouen, (BRUNON), 130. — Études sur la D... à l'hôpital Bretonneau, JOSIAS, 655. — La non identité de la D... aviaire et de la D... humaine, 701.
Duodenum. — Ulcère perforé du D..., (MAUCLAIRE), 17.
Dyspeptiques. — Le foie chez les D..., 128. — État nerveux chez les D..., 249. — Troubles D... symptomatiques des affections sales ou pharingées, (J. JULLIEN), 652. Régime alimentaire des D..., (HUCHAR 772, — D..., 785.
Dysenterie. — Microbe de la D... épidém (CHANTEMESSE), 478,—D... aiguë (GALLI 544.

E

Eau. — Epurat. de l'eau potable en camp 489. — Dans l'alimentation, 544. — Co mination des E..., et la fièvre typhoïde, — E... dentifrice, 581. — E... oxygéné obstétrique, 617.
Eberth. — Bacille d'E..., dans le sang, (Co MONT), 45. — Localisation du bacille d'E (WIDAL), 94.
Eclampsie puerpérale. — MAYGRIER, E... et corps thyroïde, 830.
Eczéma. — Diagnostic et nature de l'E... (BROCQ), 646.
Education. — Education physiologique sourds-muets, 398.
Electricité. — Influence de l'E... sur les tiviers électriciens, 253.
Eléphantiasis. — E... lymphangiectasique,
Embryotomie. —E... rachidienne dans le d'incarcération fœtale, 539.
Empyème. —E... par incision postérieure cale, (MOTY), 899.
Emphysème. — E... sous-cutanée au co d'une broncho-pneumonie (HUCHARD), 59. — E... sous-cutané au cours de la tuberc lose pulmonaire, (RENDU et GERAUD 671.
Endocardite mitrale végétante av aortite. — (HUCHARD et BERGOUIGNAN E... infectueuse maligne chez un enf 280. Traitement de l'E... rhumatism simple, (HUCHARD), 641.
Enfants débiles. — (BUDIN), 769.
Engelures. — 744.
Entérite. — Lésion histolog. de l'E..., m membraneuse, 477.
Eosinophilie et parasitisme verminen chez l'homme. — (LANNOIS et G. WE 734.
Epanchements. — Diagnostic des E... fib neux, 299. — Injections gazeuses dans E... pleuraux, (VAQUEZ et QUISERNE), 36 Procédé pour apprécier les E... pleur (ACHARD), 382.
Epargne. — Médicaments d'E..., 220.
Epidémiques. — Traitement des maladies E (KELSCH), 751.
Epididymaire. — Le noyau E..., (LEGUE 259.
Épilepsie — E... infantile, 153. — E... pa syphilitique, WIDAL, 481. — E... Jack nienne et Hystérie, (FERRIER), 672.
Epistaxis. — Traitement de l'E... par le P ghawar Djambi, (WEBER), 702. — E..., c les nouveau-nés, 575.
Epithélioma. — Cure radicale d'E... lingu (POIRIER), 303. — Ancien opéré de résecti du maxillaire pour E..., (MOTY), 367. — E utérin, adénite para-cervicale bilatérale, 4 — Types cliniques de l'E... de la face, 525.
Erythème. — Quelques cas d'E...., du l'imprégnation vaccinale, (DAUCHEZ), 78 — E... circiné, 366.
Estomac. — Ulcère de l'E.., 274. — Id. R BIN), 274. — Lavage de l'E..., 795. Procédé facilitant l'entrée du tube dans lavage de l'E..., 301. — E... bilocula 718.
Ethmoïdite. — Traitement chirurg. de l'E purulente, 862.
Ethyle. — Iodure d'E..., dans la coqueluch

Digitized by Google

456. — Corps étrangers de l'E... consistant en masse de cheveux, 826.
Euquinine. — 249.
Excrétion du chloroforme par les voies respiratoires. — 478.
Exfoliant. — Méthode exfoliatrice dans le traitement des dermatoses, (LEREDDE), 262.
Expertises médico-légales. — E..., 639.
Exploration. — Considération pratique sur l'E... de l'abdomen chez les arthritiques, (PASCAUT), 705.

F

Faradisation. — F... dans les dermatoses prurigineuses, 618.
Fémur. — Cal vicieux du F.... ostéotomie. 479.
Fibromes. — Gangrène des F... (BOUILLY), 93. — F... de la région pylorique, 175. — F... enclavé compliqué de grossesse, 286. — F... et grossesse (DELBET), 367. — Enucléation des F... utérins par la voie abdominale, 379.
Fièvre. — F... aphteuse (JONAS), 350. — F... intermittente et cure maritime (DAUCHEZ), 116. — F... typhoïde et phénomènes spinaux, 255. — F... nerveuse ayant simulé la fièvre malarique à type quotidien (VAILLARD), 301. —Accidents hépatiques dans la F... typhoïde, 622. — Fleur de soufre dans la F... typhoïde (CARAMANO), 762. — Bacille d'Eberth dans le sang des typhiques (COURMONT), 799.
Finsen. — Traitement de la tuberculose cutanée depuis F..., 509.
Fistules. — Traitement des F... urétro-rectales, 619. — F... congénitales du cou, 447. — F... ombilico-vésicales, 479.
Foie. — Cirrhose du F..., 409.
Folliculites. — Traitement des F..., 457.
Formol. — Traitement de l'infection par le F..., 398.
Fractures. — Appareil de marche pour F... de jambe, 752. — Pronostic et traitement des F... du radius, 796. — Traction continue dans les F... de cuisse, 780. — F .. du troisième métatarsien due à la marche forcée (IMBERT), 303. — F... bi-malléolaire, 826.
Frioul. — Service sanitaire et lazaret du F..., 190.
Frissons. — F... dans la fièvre typhoïde, 491.
Froid. — Accidents généraux causés par le F..., 760.
Fumigation. — Un moyen simple pour obtenir des vapeurs chaudes pour F... (J. JULLIEN). 715.

G

Galop. — Théorie protosystolique du bruit de G... (D'ESPINE), 57.
Ganglions. — G... du pénis, 335. — Un cas de fièvre ganglionnaire (GRATTERY et MÉ-OT), 419. — G... lymphatique (DOMINICI).
Gar ène. — G... symétrique des extrémités cours de la fièvre typhoïde (BELIN), 413.
Gas stomie. — G... par le procédé de torsion Souligoux, 495. — G... (WALTER) 512.
Ger — Ankylose du G.... 630.
Gin al. — Irritation G... comme point de art d'irritation de la pelade, 91.
Gly rophosphates. — G... dans le traite-t ioduré, 208.
Glo — Spasme de la G... (MÉRY), 791.
Goi — G... exophtalmique fruste simulant tuberculose pulmonaire (PÉGURIER), 306.
Go ol. — Emploi du G..., 616.
Gommes. — G... résines dans les maladies de poitrine (LIÉGEOIS), 677.
Goutte. — G... aiguë de la gorge, 223. — La G... et les goutteux (BOULOUMIÉ), 513, 531. — Traitement hydrominéral des goutteux, 798.
Grippe. — Forme thoracique de la G... (LABBÉ), 161. — G.. et cardiopathie, 56.
Grossesse. — G... extra-utérine (SCHWARTZ), 47. — Rapports de la G... et de la syphilis, 578. — Sur un cas de G... extra-utérine (CHEVALIER), 671. — Indication de l'interruption thérapeutique de la G..., 685. — Une femme grosse pourra-t-elle nourrir, 697.

H

Hallux valgus. 75. — H... valgus (PICQUÉ), 318.
Hanche. — Traitement chirurgical de l'ankylose de la H.. , 202.
Hématomyélie. — H... (RAYMOND), 609.
Hématurie. — H... dans les néoplasmes du rein, 10. — Etiologie de l'H... (TRIOLO), 30. — H... dans l'hystérie traumatique, 431.
Hémianesthésie. — H... sensitivo-sensorielle (AL. RENAULT), 160.
Hémichorée. — H... chez un vieillard artério-scléreux brightique sans hémiplégie (LEGENDRE), 495.
Hémiplégie. — Etat des réflexes dans l'H... récente (TOUCHE), 13. — Troubles de la sensibilité générale dans les H... d'origine cérébrale (BRETON), 473. — Modifications squelettiques consécutives à l'H... infantile, 477. — Diagnostic différentiel de l'H... organique et de l'H... hystérique (BABINSKI), 518. — H... chez les vieillards, 717.
Hémoglobine. — Valeur clinique des différents procédés cliniques du dosage de l'H... dans le sang, 542.
Hémorrhagies. — H... intestinales chez le nouveau-né, 231. — H... utérines par rétention placentaire. Conduite à tenir (E. DABOUT), 678. — Compression pubio-manuelle comme traitement des H... après la délivrance, 681.
Hémoptysie. — H... chez les vieillards, 281. — Traitement de l'H... chez les enfants, 265.
Hépatique. — Stéatose H... latente chez les alcooliques, 431.
Hermophényl. — H... (HALLOPEAU), 494.
Hernie. — Voie inguinale dans la cure des H... crurales, 27. — Du taxis dans la réduction des H... (GUINARD), 63. — H... inguinale avec ectopie testiculaire, 65. — Un cas de H... gastrique, 103. — Des hernieux dans l'armée, 239. — H... inguinale gauche du cœcum, 319. — H... obturatrice étranglée (DENUCÉ), 672.
Héroïne. — Danger de l'H..., 380.
Herpès. — H... récidivant de la peau, 43. — Traitement de l'H... circiné et du pityriasis versicolor (DURIER), 489.
Hippocratique. — Déformation H... des doigts à prédominance unilatérale, 478.
Huile. — H... de Harlem (LIÉGEOIS), 127.
Humérus. — Ablation sous-périostée de l'H... comparée à la désarticulation de l'épaule, 492.
Hydatiques. — Greffes H... dans le péritoine (BROCA), 79. — Kyste H... du rein droit, 414. — Kyste H... du rein droit (PLUYETTE), 511. — Greffe H... par l'inoculation du scolex (DEVÉ), 672.
Hydrargyrisme. — H... mortel à la suite d'injection de calomel, 217
Hydrocèle. — H... vaginale, 765.
Hydrologie. — Congrès d'H... de Grenoble, 655. — Traitement hydrominéral dans les affections gastriques, 665.
Hydropisie. — H... essentielle toxique sans albuminurie, 520.
Hygiène. — Enseignement de l'H.. dans les écoles et les lycées, 205. — Principes d'H... alimentaire (HUCHARD), 741, 754.
Hyoscine. — Bromhydrate d'H... dans les tremblements, 171.
Hyperchondroplasie. — H... (MÉRY et BABBONNIEX), 468.
Hyperglobulie. — H... des altitudes (AMBARD), 730.
Hyperthermie. — H... apyrétique, 810.
Hypnopyrine. — H..., 505.
Hystérectomie. — H... abdominale pour annexites, 92.
Hystérie. — H... et myxœdème, 360. — Accidents périodiques d'excitation des hystériques aux périodes menstruelles, 590. — H... (BABINSKI), 662. — Une manifestation rare de l'H... au cours de la fièvre typhoïde (AMBARD). 793. — Le délire hystérique (RAYMOND), 807.

I

Ictère. — I... et colique hépatique par déplacement du rein droit, 410. — I... émotif. 762. — I... chronique acholurique congénital (WIDAL), 767.
Ichthyol. — Traitement des bronchites par l'I... (DE BRUN), 753.
Incompatibilités médicamenteuses. — I..., 41.
Incontinence. — I... nocturne d'urine, 713.
Infantilisme. — I... du type Lorain, 463.
Injection. — I... endoveineuse d'oxygène chez l'homme, 731.
Insolation. — Traitement de l'I..., 521.
Interposition. — I .. musculaire dans le traitement des ankyloses osseuses, 431.
Intestinale. — Occlusion I..., 281. — Perforation I... dans la fièvre typhoïde, 431. — Suture de l'intestin perforé au cours de la fièvre typhoïde, 414. — Invagination I... chez un enfant de quatre mois (MOUTARD-MARTIN), 110.
Iodoforme. — Solution d'I.... 11.

K

Képhir. — K. .., 589.
Kératite. — K... interstitielle, 681.

L

Lacrymale. — Péricystite L... et abcès dentaires, 813.
Lait. — Le L... en poudre, 760.
Landry. — Maladie de L.... 313.
Laryngite. — L... tuberculeuse, 728. — Brûlures du larynx par le $HgCl^2$.
Lécithine. — L..., 189, 537.
Leucocytose. — L... dans l'appendicite, 537.
Levure. — L... de bière, 139.
Lithiase. — Difficulté du diagnostic de la L... biliaire, 521. — L... rénale, 553.
Little. — Maladie de L... (THÉRY), 406.
Loi. — L... pour la protection de la santé publique, 152.

Digitized by Google

Lupulin. — L..., 42.
Lupus. — Traitement du L... tuberculeux par la phothothérapie, 91, 136. — L... du voile du palais, 711.

M

Madura. — Pied de M... (LAVERAN), 413.
Magnésie. — M... et lactose, 350.
Maladies. — Déclarat. gratuite des M... infectieuses, 712, 719. — Sérum artificiel dans le traitement des M... mentales, 26.
Mariage. — M... (MORACHE), 288.
Martinique. — Eruption de la M... (KERMORGANT), 494.
Mastite. — M... au cours de la fièvre typhoïde. — Trépanation de la mastoïde, 749.
Massage — M... direct du foie et des voies biliaires, 363.
Maternisation. — M... de l'allaitement maternel, 138.
Médecine. — Exercice illégal de la M..., 344, 735. — Le nombre des docteurs en M..., 680. — Rapports avec les médecins de lycées, 799.
Médico-légale. — Analyse M... du sang par les précipitines, 222.
Mélanodermie. — M... d'origine biliaire (GILBERT et LEREBOULLET), 317. — M... biliaire à type addisonien (GAUDRY et GOURAUD), 468.
Méningite. — Forme méningitique de la fièvre typhoïde, 429. — M... aiguë guérie par le traitement anti-syphilitique (WIDAL et LE SOURD), 159. — M..., 228. — Infection secondaire au cours de la M..., 479. — M... cérébro-spinale, ponction lombaire, guérison (BABINSKI), 719. — M... récidivante curable (GAILLARD), 749. — Méningisme, 637. — M... cérébro-spinale avec surdité temporaire, 831,
Ménopause. — Nature et traitement des cardiopathies de la M... (FIESSINGER), 802, 820.
Menstruation. — Influence de la M... de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite, 269.
Menzer. — Le sérum de M... (HUCHARD et AMBARD), 793.
Mercure. — Lactate de M... (GAUCHER), 170. — Inconvénient du traitement mercuriel intensif dans la paralysie syphilitique spasmodique (BRISSAUD et P. MARIE), 188. — Injection mercurielle dans la syphilis, 554.
Méthode. — Nouvelle M... de traitement des blessures, 811.
Métrite. — Traitement de la M... cervicale par le caustique de Filhos, 313.
Microbiologie. — Technique de M... (NICOLLE), 544.
Migraine. — Traitement radical de la M... (LIÉGEOIS), 291.
Militaire. — Médecine M..., 264, 504. — Période d'instruction M... pour les médecins, 391. — Suppression de la dispense du service M..., 455. — Loi sur le service de 2 ans, 584.
Mitral. — Rétrécissement M... congénital (HUCHARD), 599.
Moelle. — Traumatisme de la M... (MÉNIER), 47. — Compression de la M... (HIRTZ et DELAMARRE), 255.
Morphine. — Le permanganate de potasse dans l'empoisonnement aigu par la M..., 301. — Dérivés de la M..., 169. — Guérison de la morphinomanie sans souffrance (JENNINGS), 512. — Mort rapide d'origine gastrique (LANCEREAUX), 190.
Myase. — M... intestinale, 776.
Myélite. — M... syphilitique chronique (CHAUFFARD), 774.
Myocardite. — M... rhumatismale aiguë, 685.
Myomectomie. — Cicatrisation dans les M... (TUFFIER), 480.
Myopathie. — M... progressive (LION, GASNE), 68.

N

Nagana. — N... (LAVERAN), 365, 814.
Nasal. — Perméabilité des fosses N..., mensuration graphique, 286. — Troubles digestifs symptomatiques d'affection naso-pharyngienne, 621.
Néphrotomies. — N... médicale, 124. — Une cause de mort imprévue après la néphrectomie (POUSSIN), 271. — Indications de la néphrectomie, 700.
Néphrite. — Traitement chirurgical de la N... chronique, 284. — Rétention des chlorures dans les N... (ACHARD et LEPER), 334. — Pronostic dans les N..., 574 — Elimination urinaire des N... scléreuses chroniques (CLAUDE et BARTHÉ), 799.
Nervosisme. — Délimitation du N... (PAUL LEVY), 23.
Neurasthénie. — Constipation dans la N... 185.
Névralgie. — Traitement de la N... de la face par la galvanisation, 216. — N... faciale tuberculeuse, 717. — Traitement des N... par injection sous-cutanée d'air (P. MARIE et GUINON), 815.
Névrite. — N... radiculaire au cours d'une méningite cérébro-spinale (RENDU), 95. — N... périphérique chez un scarlatineux (MÉRY et HALLÉ), 446.
Noma. — N... (GALLIARD), 511.
Nourrices. — Thérapeutique des N... (MACÉ), 388.

O

Obstruction. — Deux cas d'O... intestinale par calcul biliaire (LÉVÊQUE), 511. — Injection sous-cutanée dans l'O... intestinale, 301.
Œil. — Comment prévenir les traumas oculaires (TROUSSEAU), 227. — Suggestion dans les maladies de l'Œ..., 571. — Traitement des affections sympathiques de l'Œ... (TERRIEN), 595. — Chirurgie de l'Œ... et des annexes (TERRIEN), 751.
Œsophage. — Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'Œ..., 479. — Syndrome simulant le rétrécissement de l'Œ... (SOUPAULT), 446.
Olécrâne. — Cerclage dans les fractures de l'O..., 557.
Ongle. — Traitement de l'O... incarné par le nitrate de plomb, 430. — Traitement de l'O... incarné, 744. — Id. (DERAUCOURT), 827.
Opothérapie. — O... ovarienne, 92.
Ophtalmique. — Phlébite de l'O... et des sinus, consécutive à un abcès dentaire, 551.
Oreille. — Atlas manuel des maladies de l'O..., 544.
Orthonitrophényl. — O... propiolique acide, 476.
Ostéoartrophathie. — O... hypertrophiante, 446.
Ostéomyélite. — O... aiguë à forme typhoïde, 132.
Otites. — Complication grave des O... moyennes, 252. — Traitement de l'O... moyenne chronique, 440, 653. — Amélioration des troubles de l'audition, suites de l'O... suppurée, 713.
Oxycarbone. — Intoxication oxycarbonée.

P

Paludisme. — Méthylarsinate disodique dans le... (GAUTIER), 126.
Paralysie. — P... périodique familiale (ODDO et AUDIBERT), 14. — P... spinale antérieure aiguë, 223. — P... hystéro-alcoolique des membres supérieurs, 584. — P... alterne due à un gliome cérébral, 613. — P... faciale syphilitique THIBERGE et RAVAUT), 767. — P... ascendante aiguë (WIDAL et LESOURD), 782. — Hémorrhagie de la protubérance sans paralysie alterne (HIRTZ et SALOMON), 799.
Paraffine. — Injections esthétiques de P..., 765.
Paramastoïdites. — P..., 233.
Paramétrite. — Traitement utérin de P... aiguë, 588.
Paranéphritique. — Kyste sanguin P... (WALTHER), 318.
Paraplégie. — P... spasmodique syphilitique (P. MARIE), 142.
Parasyphilitiques. — Traitement des affections P..., 270.
Parésie. — P... brachiale persistante après une méningite pneumococcique guérie (ACHARD et GRENET), 734.
Pelade. — Un cas de P... d'origine dentaire, 207. — Traitement de la P..., 350. — Syndrome néodentaire et P... (JACQUET), 494.
Pemphigus aigu, 510.
Perforation. — P... de l'enfant vivant, 140.
Péricardite. — Traitement de P... (DEGUY), 36. — Traitement médical de la P... rhumatismale aiguë (HUCHARD), 689.
Péritonite. — Traitement médical de la P... tuberculeuse, 541. — Péritonisation dans les laparotomies. — P..., 545.
Perrodine, 456.
Peste. — La P... et la fièvre jaune (PROUST), 433, id. 478.
Pied. — Traitement du P... bot (CHAMPIONNIÈRE), 94. — Opération économique sur le P..., 411.
Pharynx. — Diverticule du P..., 208.
Placenta. — Hémorragie rétroplacentaire d'origine traumatique, 171.
Phlébite. — Pathogénie de la P..., 61. — Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure (PICQUE), 63. — Phlébo-sclérose des veines superficielles des membres (SOUQUES et JANVIER), 335.
Phosphore. — Médication phosphorée, 119. — — Traitement de la phosphaturie par le sulfate de chaux, 716.
Plasma. — Anémie plasmatique (ROBIN), 814.
Pleurésie. — P... diaphragmatique tuberculeuse (CLAUDE), 13. — P... biliaire (GILBERT et LEREBOULLET), 479. — P... séro-fibrineuse, 649. — Les vieilles P... suppurées (MERKLEN), 759.
Plomb. — Colique de P..., 317. — P... dans les viscères des saturnins, 127.
Pneumonie. — Bactériologie de la P... suppurée, 60. — Résonnance tympanique dans la P... aiguë, 187. — Insuffisance hépatique sans ictère dans la P..., 267. — Traitement de la P... par l'ergot, 564. — La P..., 665. — P... et infection ovarienne (SIMONIN, [illegible]). — Sur un cas rare d'affection P... (SIRI[illegible]N et COUDERT), 788.
Pollakiurie. — P... nocturne et sa v[illegible]r séméiologique (BAZY), 467.
Pommes. — Cure de P... de terre dans le [illegible]bète (MOSSÉ), 127, 135, 156.
Ponction. — P... pleurale, 89. — P... lombaire d[illegible] les traumas du crâne (DEMOULIN), 271. — P. lombaire dans les maladies mentales, 315. — Influence de la P... lombaire sur le vert[illegible]ge voltaïque et certains troubles auricula[illegible]es (BABINSKI), 734.
Pouce. — Luxation avec plaie de la phalangette du P..., 447.
Pouls. — P... bigéminé (MERKLEN), 255. — [illegible]

Digitized by Google

instable dans l'hypotension artérielle, 267. — P... lent permanent (WIDAL et LEMIERRE), 495.
Pott. — Redressement de la gibbosité dans le mal de P..., 90. — Le diagnostic du mal de P... chez l'adulte (SIREDEY), 209.
Préfets. — P... et remplacements, 560.
Prêle, 825.
Prématurés. — Les P... (HÜHN), 195, 434.
Présentation. — P... de l'épaule négligée (MACÉ), 147.
Prostaliques. — Les P... méconnus (DESNOS), 34. — Hypertrophie prostatique, résection des canaux déférents (GUILLIOT), 286. — Prostate et calculs extraits par voie périnéale (LEGUEU), 431. — Prostatectomie (GUINARD), 672. — Id. (LEGUEU), 687. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate, 714.
Prostitution. — P... cloitrée, 312.
Prurigo. — Traitement du P..., 311. — P... à répétition chez les névropathes, 285.
Prurit. — Traitement du P..., 321. — Id. (LEREDDE), 737.
Psoriasis. — A. BERNARD, 52. — Traitement du P... par le permanganate de potasse, 359.
Psychologie. — P... de l'éducation, 519. — Eléments psychiques dans les affections chroniques, 669. — Psychose polynévritique, 282.
Pubis. — Une subluxation du P... gauche (MIGNON), 351.
Pudeur. — Difficulté du diagnostic dans les attentats à la P... chez les petites filles, 457.
Puerpéral. — Diarrhée et constipation pendant la période P..., 212. — Traitement de l'infection puerpérale par le curage digital suivi d'écouvillonnage, 895. — Pouls et température dans la puerpéralité normale, 443.
Pupille. — Troubles pupillaires et syphilis (DUFOUR), 413.
Pylore. — Crampe du P..., 8. — Sténoses du P... chez le nouveau-né, 138. — Sténose du P... (CHAUFFARD), 657.
Pyopneumothorax de nécessité (GALLIARD), 94. — P... enkysté, 809.

R

Rachis. — Plaie pénétrante du R... (DEMOULIN), 287. — Rachi-cocaïnisation pour sciatique. — Accidents de la R... (BRETON), 151. — Rachi-cocaïnisation (GUINARD), 183.
Radioscopie. — Examen radioscopique des plèvres interlobaires, 173. — Appareil pratique pour radioscopie et radiographie, 624.
Radius. — Subluxation de la tête du R... (DENUCÉ), 63. — Malformation congénitale partielle du R..., 203. — Ostéosarcome du R..., 609.
Raisin. — Action du jus de R... sur l'organisme, 359.
Raynaud. — Maladie de R... guérie par suggestion (SOUQUES).
Rebouteurs. — R..., 640.
Rectum. — Extirpation du R... cancéreux par voie abdominale chez la femme, 495. — Traitement médical du prolapsus rectal, 632.
Réflexe. — Moyen de reconnaître le réflexe visuel, 361. — R... tendineux dans les méningites cérébro spinales (TRIBOULET), 734.
Régime. — R... alimentaire des tuberculeux, 778. — Intolérance du régime lacté (ROBIN), 808.
Reins. — Diagnostic de la lésion des reins. — Gros rein polykystique chez l'adulte (MÉNÉTRIER et AUBERTIN), 302. — Sarcome du R... (JALAGUIER), 512.
Résection — Interposition fibro-musculaire dans les R... pour ankylose, 446.
Responsabilité — R... du chirurgien en matière d'opération, 536. — R... civile du médecin, 616.
Rétrécissement. — R... de la veine cave sup. (LAUNOIS), 142. — R... blennorhagique de la portion membraneuse de l'urèthre (BAZY).
Rhinoplastie. — R... (NÉLATON), 287.
Rhumatisme. — R... consécutif aux infections nasopharyngiennes, 8. — R... infectieux et symphyse cardiaque (HUCHARD), 47. — R... blennorrhagique (CHAUFFARD), 49. — R... vertébral et mal de Pott (MÉRY), 161. — R... vertébral chronique à forme pseudo-névralgique, 216. — Récidive du R... articulaire aux cuirs de suppuration aiguë, 297. — Nodosités rhumatismales chez les enfants, 396. — R... tuberculeux abarticulaire, 459. — R... noueux, 506. — R... chronique déformant et hérédo-syphilis, 573. — R... articulaire aigu, 823.
Rœntgen. — Emploi des rayons R... chez les jeunes soldats, 207. — L'emploi des rayons R... en dermatologie, 753.
Rougeole. — R... chez l'adulte, 298.

S

Safran. — S... dans les bronchites chroniques (LIÉGEOIS), 199.
Saignée. — S... 610, 626.
Séparation. — S... des urines (LUYS), 399.
Salicylate. — Action inverse du S... dans le rhumatisme, 90. — Acide salicylique pour faire tolérer le lait, 408.
Salkowski. — Réaction de S... et de Haycraft, 476.
Sang. — Pour favoriser l'écoulement du S... dans la saignée blanche (SCHOUL), 141.
Saturnine. — Intoxication S... (LABBÉ et FERRAND), 45. — Goutte S... (WIDAL), 241. — Intoxication S... par grattage des moules à glace (RÉNON et GERAUDEL), 478. — Un nouveau mode d'intoxication S..., 585. — Intoxication S... chez l'enfant, 586. — S... et érythème tuberculeux (DE BRUN), 561.
Scarlatine. — Processus angineux dans la S... (VARIOT et ROY), 318.
Schistose. — Nouvelle maladie des ardoisiers, 881.
Sclérose. — S... pulmonaire et symphyse cardiaque et sinistro-cardie (CHAUFFARD), 145.
Sciatique. — Traitement de la S... (ROBIN), 408. — Guérison de la S... par rééducation (E. LEVY), 482, 498.
Scorbut. — S..., 524. — S... infantile, 812.
Sein. — Traitement du cancer du S..., 169. — S... hystérique (BRETON), 278. — Ablation des tumeurs malignes du S..., 663.
Séparateur. — S... de Luys, 447.
Sérothérapie. — S... anti-staphylococcique (DOYEN), 494.
Sibson. — Encoche de S... sans péricardite (CASSAET), 801.
Sinusite. — S... frontale au cours de la rougeole (BELIN), 882. — Hémorrhagie du sinus circulaire (MAYGRIER), 497. — Fractures du sinus frontal et leur traitement, 649. — Pseudo S..., 556.
Sodium. — Solution salée sodique en chirurgie, 508.
Sommeil. — Maladie du S... (VAN DEN CORPUT), 6.
Sous-clavière. — Plaie de la S... et du plexus brachial (LEGUEU), 271.
Stacke. — Opération de S..., 43.
Staso. — S... basophobie, 74.
Stérilisation. — S... des sondes en gomme 456.
Strabisme. — Indications du traitement du S..., 667.
Sulfaturie. — S... et injections sulfatées (ACHARD), 318.
Surmenage. — Le S... intellectuel, 567.
Symphyse. — S... pleuro-pulmonaire (CHAUFFARD), 159.
Syndicats. — S... 648, 767.
Syphilis. — S... du pharynx (DU CASTEL), 81. — Troubles de la nutrition dans la S... (GAUCHER et CROUZON), 110. — Céphalée de la S... (MARIE et GUILLAIN), 142. — Traitement de la S... des centres nerveux d'après la méthode de Prokhorw, 174. — La S... muqueuse des amygdales et de l'isthme du gosier, 200. — S... sans accidents primitifs, 219. — S... et tuberculose, 395. — S... héréditaire précoce, 410. — Iritis syphilitiques tardives (TERSON), 529. — Traitement des manifestations oculaires de la S..., 747. — S... des verriers, 813.
Syringomyélie. — S... (LAUNOIS et ROY), 413

T

Tabac. — Le T..., 254.
Tabes. — Abolit. du réflexe du tendon d'Achille dans le T..., 670. — T... hérédo-syphilitique, 703. — Complication rare du T... (MERKLEN et HIRTZ), 767.
Tachycardie. — T... paroxystique chez un homme atteint d'insuffisance aortique (APPERT), 866.
Tannigène. — Le T... dans les diarrhées (MEYER), 72.
Tarnier. — T... (STÉPHANE), 106.
Tatouage. — T..., 62.
Testicule. — Dystrophie orchidienne (DALCHÉ), 366. — T... syphilitique (DIEULAFOY), 454. — Traitement de l'ectopie T... (MIGNON), 495.
Tétanie. — T... d'origne palustre, 670.
Tétanos. — Traitement du T..., 682. — Un cas de T... guéri, 703. — T... traumatique traité par la méthode de Boullé (CHAUFFARD), 719.
Théocine. — T..., 809.
Thérapeutique. — La T... fonctionnelle (ROBIN), 76. — La T..., ce qu'elle doit être (HUCHARD), 242. — Traitement par la T... oxydante, 412.
Thérébentine — T... dans les maladies des voies urinaires (LIÉGEOIS), 623.
Thermale. — Cures thermo-sulfureuses pour la syphilis (DRESCH), 355.
Thiocol. — Le T... dans la tuberculose pulmonaire, 99.
Thoracentèse. — T... avec introduction d'air filtré, 575.
Thyroïde. — Médication thyroïdienne du goitre exophtalmique (GAUTIER DE CHAROLLES), 449. — Thyroïdite post-pneumonique non suppurée chez une basedowienne (LEGENDRE), 687.
Tics. — Maladie des T..., 232.
Tœnicide. — T... chez les enfants, 538.
Toux. — Traitement de la T..., 166.
Trauma. — Trépanation dans le T... du crâne chez l'enfant, 552.
Trèfle d'eau. — T... d'eau (LIÉGEOIS), 549.
Trinitrine. — T... comme anti-spasmodique, 493.
Trunecek. — Sérum de T..., 275, 382, 415, 447.
Trophœdème. — T..., 441.
Trypanazome. — T... (LAVERAN), 430.
Tubage. — Avantages du T..., 526.
Tuberculose. — Inoculabilité de la T... humaine, 13. — T... du myocarde, 56. — T... pulmonaire et terrain humain, 59. — Le poids des T..., 73. — Traitement de la T... pulmonaire (ROBIN et BINET), 78. — Nouveau signe précoce de la T..., 185. — Diagnostic de la fièvre T..., 217. — T... ganglionnaire, 265. — Syndrome oculo-pupillaire dans la T... pulmonaire du sommet (SOUQUE), 366. — Transfixion électrique dans la T... pulmonaire, 397. — T... maigre (SABOURIN), 617. — Hygiène et traitement de la T... (DEPIERRIS), 467. — Traitement de la T...

Digitized by Google

pulmonaire par l'huile d'aniline blanche, 493. — Rôle étiologique du lait dans la T..., 526. Diagnostic de la T... chez les enfants, 552. — Les tuberculeux (SABOURIN), 580. — La lutte contre la T..., 745. — Traitement clinique de la T... pulmonaire (P. BERNHEIM), 752. — La T... considérée comme une maladie du peuple (KNOPF), 752. — L'adénite sus-claviculaire chez les phtisiques (SABOURIN), 817.

Tumeurs. — Traitement des T... vésicales, 317. — Résection dans les cas de T... blanche suppurée du genou (L. CHAMPIONNIÈRE), 350.

Typhoïde. — Fièvre T... et filtre à sable, 426. — Fièvre T... et granulie, 445. — Diagnostic précoce de la rechute dans la fièvre T..., 572.

Typhlite. — Un cas de T... herniaire, 191.

U

Ulcérations. — Diagnostic des U... de la gorge et du pharynx (DIEULAFOY), 806. — Ulcère multiple du pylore, 831.

Uratique. — Dépôt U... des urines, 76.

Urémie. — U... dyspnéique chez un infantile (CHAUFFARD), 289. — U... expérimentale, 168.

Urétrotome. — Un nouvel U... (BAZY), 351.

Uretère. — Adénome de l'U... (ALBARRAN), 512.

Urine. — Rétention d'U... chez la femme, 219. Séparation des U... (LUYS), 501.

Urticaire. — U..., 830.

Utérus. — Perforation de l'U..., 9. — Suppuration péri-utérine, 177. — Sarcome de l'U... (QUÉNU), 286. — Rigidité du col de l'U... pendant l'accouchement, 525. — Arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement, 575. — Traitement palliatif des cancers du col de l'U..., 650.

V

Vaccination. — Nouveau procédé de V..., 231.

Valériane. — V..., 726.

Variole. — Variolisation, 222. — Bleu de méthylène dans les complications oculaires de la V..., 284. — V... fœtale sans V... maternelle, 559.

Varice. — Ulcère variqueux, 285.

Végétation. — V... adénoïde, 633.

Veine. — Déchirure de la V... cave inférieure (HOUZEL), 351.

Vessie. — Ganglion lympathique de la V..., 351. — Extrophie acquise de la V... par les voies naturelles (PICQUÉ), 399.

Viandes. — Les V... congelées, 125.

Vin. — V..., 670.

Vitiligo. — V... dans le Tabes, 124.

Vomissement. — V... incoercible de la grossesse, 426, 767.

Z

Zona. — Z... ophtalmique, métamérique guérison par injection épidurale (AMBARD), 27[illegible]. Réaction méningée dans le Z... (CHAUFFARD), 767.

Digitized by Google

TABLE DES AUTEURS

A

ACHARD et LAUBRY, 302, 431. — A..., 318, 382, 671. — A... et GRENET, 734.
AMBARD, 630, 730, 793.
APERT, 366.

B

BABINSKI, 518, 662, 703, 719, 734.
BALLET, 582.
BARETTE, 131.
BAZY, 399, 467.
BELIN, 382, 413.
BERGOUIGNAN, 516.
BERNARD H., 52. — B... F., 292.
BONNEAU, 724.
BOUILLY, 95.
BOULOUMIÉ, 515, 531.
BRETON, 151, 279.
BRISSAUD et P. MARIE, 188.
BROCA, 65, 79.
BROCQ, 646.
BRUN (DE), 754.
BUDIN, 769.

C

CAMESCASSE, 486.
CHAMPIONNIÈRE (J.-L.), 94, 177, 307, 350.
CHARAMANO, 762.
CHANTEMESSE et WIDAL, 478.
CHAUFFARD, 49, 145, 159, 289, 393, 657, 719. — CHAUFFARD et TRONI, 767, 774.
CHAUVEL, 110.
CHEVALIER, 671.
CLAUDE, 13, 703. — CLAUDE et BARTH, 799.
COMBY, 382.
CORMONT, 45. — C... et LESIEUR, 799.
CRIFFER et BONNEAU, 385.

D

DABOUT (E.), 678.
DAUCHEZ, 116, 789.
DERIER, 489.
DESOVE, 129.
DUBUY, 86.
DELAMARRE et HIRTZ, 255.
DELBET (Pierre), 367.
DEMELIN, 113, 287.
DENUCÉ, 65, 672.
DERAMOND, 215.
DESNOS, 35.
D'ESPINE, 57.
DEVÉ, 672.
DIEULAFOY, 446, 454.
DRECH, 355.
DU CASTEL, 81.
DU FLOQ et VOISIN, 318.
DUFOUR, 366.

F

FABRE DE COMMENTRY, 179.
FERRIER, 671.
FIESSINGER, 151, 374, 610, 626, 694, 802, 820.
FONTOYNONT, 672.
FOURNIER (A.), 673.

G

GALLIARD, 94, 511, 749, 782.
GAUCHER et CROUZON, 110. — G..., 170.
GAUDY et GOURAUD, 463.
GAUTIER DE CHAROLLES, 449.
GAUTIER, 126.
GÉRARD-MARCHANT, 95.
GILBERT et LEREBOULLET, 317, 479.
GILLOT, 84.
GOUGET, 350.
GRATTERY, 419.
GUELLIOT, 286.
GUINARD, 63, 183, 271, 672.
GUINON, 767.

H

HAHN, 195, 434.
HAYEM, 322.
HIRTZ et DEMELIN, 545. — H... et SALOMON, 799.
HOUZEL, 351.
HUCHARD, 4, 21, 26, 47, 59, 97, 242, 329, 334, 337, 345, 394, 470, 599, 641, 689, 741, 754, 772, 785. — H... et BERGOUIGNAN, 4. — H... et AMBARD, 793.

I

IMBERT, 303.

J

JALAGUIER, 512.
JACQUET, 494.
JOFFROY, 687, 718.
JONAS, 350, 655.
JULLIEN (J.), 652, 715.

K

KERMORGANT, 494, 749.
KRIKORS, 363, 659.

L

LABBÉ, 162, 163. — L... et FERRAND, 45.
LABORDE, 381, 430.
LAFFONT et LOMBARD, 297.
LANDOUZY, 711.
LANDRIEUX, 453.
LANNOIS et E. WEIL, 734. — L... et MEILLIÈRE, 127. — L..., 142.
LAVERAN, 365, 413, 430, 655.
LEGENDRE, 494, 687.
LEGUEU, 259, 271, 687.
LEJARS, 366.
LEREDDE, 262, 721, 737.
LEVY (PAUL), 23. — L... et GASNE, 63.
LEVY (V.), 482, 498.
LIÉGEOIS, 189, 227, 291, 387, 485, 549, 625, 677, 785, 870.
LINOSSIER, 369.
LION, 318.
LUYS, 501.

M

MACÉ, 147.
MANOURY, 447.
MARIE (P.), 142. — M... et GUILLAIN, 148, 159.
MARION, 630.

Digitized by Google

MASSARY et CIVATTE, 511.
MAUCLAIRE, 17.
MAURY, 885.
MAYGRIER, 401, 497.
MELCONIAN, 70.
MOTY, 719.
MÉNÉTRIER et AUBERTIN, 303.
MERKLEN, 193, 255, 882, 759, 767.
MÉRY, 161, 406 (M... et HALLÉ, 446, 791.
MEYER, 72.
MIGNON, 351, 495.
MONOD, 783.
MORACHE, 288.
MOSSÉ, 127.
MOTY, 367, 399.
MOUTARD-MARTIN, 110.

N

NÉLATON, 287
NETTER, 94.
NIMIER, 47.

O

ODDO et AUDIBERT, 14.

P

PASCAULT, 705.
PÉGURIER, 306.
PEYROT, 494.
PICQUÉ, 63, 318.
PLUYETTES, 367.
POIRIER, 79, 303, 480.
PROUST, 430, 478, 705, 719.

Q

QUENU, 286, 432.

R

RAYMOND, 609, 807.
RENAULT, 160, 225, 353.
RENDU, 95, 671.
RENON, 51, 319,— RENON et LOUSTE, 767.
RICHE, 463, 719.
RICHELOT, 393.
ROBIN et BINET, 78. — ROBIN, 441, 808.

S

SABOURIN, 417, 580, 817.
SCHOULL, 141.
SCHWARTZ, 47.
SIMONIN, 46, 446, 734.
SIREDEY, 209, 446.
SOUQUES et JANVIER, 325. — S... 366, 398.

T

TERRIEN, 387.
TERRIER, 287, 302.
TERSON, 529.
TESSON, 276.
THIBIERGE et RAVAUT, 767.
TRIBOULET, 734.
TRIOLO, 30.
TROUSSEAU, 227.
TUFFIER, 480.

V

VAILLARD, 30.
VAQUEZ et QUISERNE, 366.
VARIOT et DUFESTEL, 121. — VARIOT et BO
318.
VINCENT, 318.

W

WALTHER, 351, 463, 512.
WEBER, 702.
WEILL et CLERC, 687.
WHIPHAM, 297.
WIDAL, 79, 94, 159, 241, 481, 495, 727, 57
788.

Z

ZUFFINGER, 505.

Digitized by Google

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

7321

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Prof. Raymond

Une variété de paralysie alterne inférieure chez un syphilitique

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUL 20 1903

Le cas du malade dont je vais faire le sujet de ma leçon est intéressant à un double titre. Il va nous mettre en présence d'une très curieuse modalité de paralysie alterne, genre de paralysies avec l'étude desquelles vous ne sauriez trop vous familiariser. D'autre part, il va me fournir l'occasion de vous montrer avec quelle rigueur nous pouvons, dans les circonstances favorables — notamment dans les cas de paralysie alterne relevant d'une certaine étiologie — faire le diagnostic précis du siège et de la nature d'une lésion intra-encéphalique.

Le malade en question, un nommé André P..., est âgé de 21 ans; il exerce la profession de vannier. Il a été admis dans le service, le 22 mai dernier (1901) et il occupe le lit n° 12 de notre salle Prüss.

Son père, à peine âgé de 42 ans, est d'une bonne santé habituelle. Sa mère est morte à l'âge de 38 ans; depuis une année, elle était atteinte d'une hémiplégie droite, avec aphasie, survenue à la suite d'un ictus. De tout temps, elle avait été sujette à des céphalées, à retours fréquents.

Le malade a eu quatre frères ou sœurs; aucun d'eux n'a jamais présenté de symptômes d'une maladie nerveuse.

Dans son enfance, il a eu la rougeole, la coqueluche, une atteinte d'ictère, mais jamais de convulsions. A 16 ans, il a contracté la syphilis, à son insu, puis une blennorrhagie, à l'âge de 18 ans. Dans la suite, il a présenté des accidents secondaires. Il n'a jamais suivi de traitement spécifique. P... affirme qu'il a toujours été sobre.

Il y a trois mois, en février, P... devint sujet à des céphalées, qui allèrent en augmentant de violence. Puis il fut pris, à différentes reprises, de vomissements qui survenaient de préférence le matin, après le premier déjeuner. Ils ont toujours été alimentaires, ne ressemblant en rien aux pituites des alcooliques. Toujours ils ont coïncidé avec des exacerbations de la céphalée.

Le malade devint également sujet à des éblouissements; jamais il n'a eu ni vertige, ni perte de la connaissance.

Il y a environ deux mois, vers le 25 mars, P... s'est aperçu que ses membres du côté droit fonctionnaient moins bien qu'auparavant; ils s'engourdissaient, devenaient lourds, maladroits. La marche devint pénible, et la fatigue précoce à se manifester. L'établissement de cette sorte d'hémiplégie coïncida avec une aggravation des céphalées. Depuis lors, les membres qui, au début, étaient faibles et mous, sont devenus le siège de véritables raideurs.

Vers la fin d'avril, le malade a remarqué que son œil gauche pleurait facilement, que sa face était tirée vers le côté droit, qu'il ne pouvait plus ni siffler, ni souffler, et qu'il avait beaucoup de peine à mastiquer du côté gauche. Vous reconnaissez là les symptômes d'une paralysie faciale. Au demeurant, le malade est dans l'impossibilité absolue de nous renseigner exactement sur le point de savoir si cette paralysie faciale a été contemporaine de l'hémiparésie droite ou si elle lui a été postérieure en date.

Depuis le commencement de ce mois, c'est-à-dire depuis quatre semaines, le malade voit en double les objets un peu éloignés.

Actuellement, nous relevons chez lui l'état suivant :

Avec ses quatre membres, le malade peut exécuter tous les mouvements segmentaires physiologiques, mais à droite, la force musculaire est notablement amoindrie. A l'épreuve dynamométrique, la main gauche donne 28 et la main droite seulement 20.

De ce même côté droit, on constate une hypoesthésie qui porte sur tous les modes de la sensibilité superficielle; elle va en diminuant, des extrémités vers la racine des membres. Avec cela, les réflexes tendineux sont un peu exagérés, mais on ne parvient pas à provoquer le phénomène de la trépidation spinale. Le réflexe cutané plantaire est aboli.

En outre, on constate l'existence d'une paralysie faciale gauche; elle est totale, autrement dit, elle intéresse à la fois le facial supérieur et le facial inférieur. Vous voyez que les traits de la figure, ainsi que la commissure labiale, sont déviés vers la droite. A gauche, les sillons sont aplatis, voire effacés. Le malade est dans l'impossibilité de siffler et de souffler; quand il essaie de le faire, le côté gauche reste flasque, inerte. Il lui est impossible de froncer la peau de la moitié gauche du front et de fermer complètement l'œil gauche. Vous voyez que quand il essaie de le faire, la cornée se porte en haut, pour se cacher sous la paupière inférieure, qui s'abaisse très peu. Je vais commander au malade de suivre du regard les déplacements d'un de mes doigts, en lui masquant l'œil droit; vous voyez que la paupière supérieure gauche s'abaisse avec le globe oculaire, au fur et à mesure que mon doigt descend dans le champ visuel. Elle parvient ainsi à atteindre un niveau beaucoup plus bas que lors des mouvements associés.

Nous constatons, en outre, une paralysie de l'oculomoteur externe gauche et des mouvements associés

Digitized by Google

du droit interne, une parésie des mouvements de latéralité, à droite. Vous remarquerez aussi que les mouvements d'élévation des globes oculaires et les mouvements extrêmes de latéralité s'accompagnent de secousses nystagmiformes.

Les pupilles sont inégales ; celle de gauche est rétrécie. Les réflexes pupillaires sont intacts. Le fond de l'œil est normal.

Partout la paralysie motrice se double d'une paralysie corrélative de la sensibilité. Ainsi, aux membres du côté droit, on constate une hypoesthésie bien nette : très accentuée aux extrémités ; elle va en diminuant, au fur et à mesure que l'on considère un point plus rapproché de la racine du membre. A un même niveau, elle présente la même intensité sur toute la circonférence du membre.

L'hypoesthésie intéresse uniformément les divers modes de sensibilité. Elle est très accusée également à la moitié gauche de la face, dans toute l'étendue du territoire innervé par le trijumeau. De ce même côté, ainsi qu'il vous est facile de vous en rendre compte, le masseter, innervé par la branche motrice du trijumeau, est incapable de se contracter : à gauche, le malade est incapable de serrer un objet entre les dents ou de mastiquer ; les aliments tombent dans le sillon gengivogénien, sans pouvoir être ramenés dans la cavité buccale.

On ne constate ni déviation de la langue, ni déviation du voile du palais, ni troubles de la déglutition. La gustation et l'ouïe sont intactes.

Il n'existe pas de troubles du sens articulaire, mais la perception stéréognostique est abolie, à droite. On ne constate pas non plus de troubles trophiques, soit du côté des muscles paralysés, soit du côté des téguments.

L'examen électrique a fait constater des traces de R. D. partielle, dans les muscles innervés par le facial, et une simple diminution de l'excitabilité faradique et de l'excitabilité galvanique, dans le masseter.

Résumé. — En résumé, le malade que je viens d'examiner devant vous a contracté la syphilis à l'âge de 16 ans. Il ne s'est soumis à aucun traitement contre cette maladie. A 21 ans, il est devenu sujet à de violentes céphalalgies, puis à des vomissements alimentaires qui revêtaient les caractères des vomissements d'origine cérébrale, à des éblouissements et à des étourdissements. Un mois plus tard, il s'est aperçu d'une certaine faiblesse de son côté droit, suivie bientôt d'une raideur des mêmes parties. Dans l'intervalle, les maux de tête ont gagné en intensité. Puis, le malade a présenté les symptômes d'une paralysie faciale gauche ; il a été frappé de diplopie.

Actuellement, nous constatons chez lui une hémiparésie sensitivo-motrice droite, une paralysie faciale gauche totale, une paralysie de l'oculomoteur externe gauche et des mouvements associés du droit interne, un rétrécissement de la pupille gauche, enfin une paralysie du masseter, de ce même côté.

Diagnostic. — Le problème de diagnostic, que soulève le cas de ce malade, me paraît relativement facile à résoudre, et cela s'applique à la fois au diagnostic topographique et à la question de la nature de la lésion en cause. Car, lésions il y a, indubitablement. Je ne m'attarderai pas à insister sur ce que, chez notre malade, il ne saurait être question d'une affection dynamique. S... ne présente pas le moindre stigmate de l'hystérie ; il ne présente aucun signe ou symptôme de neurasthénie.

Encore adolescent, il a contracté une syphilis pour laquelle il ne s'est point soigné ; elle est parvenue à la période où déjà cette maladie donne lieu à des déterminations intra-encéphaliques. Cela doit vous suffire, en tant que justification de ma conclusion première.

Quel siège devons-nous assigner à la lésion qui nous rendra compte des manifestations morbides présentées par ce jeune homme ? Ces manifestations se résument, somme toute, dans une paralysie alterne, dont les éléments sont :

Une *hémiparésie sensitivo-motrice* DROITE ;

Une *paralysie de la VIIe* et de la *VIe paires* GAUCHES, avec, de ce même côté, du rétrécissement pupillaire qui implique la paralysie d'un des rameaux de la IIIe paire ; en outre il existe une paralysie des mouvements associés du droit interne, et une paralysie des mouvements de latéralité à droite ; enfin une *paralysie de la Ve paire, de ce même côté gauche* ; elle intéresse la branche sensitive et la branche motrice du trijumeau.

Dans deux circontances différentes, je vous ai déjà longuement entretenus des paralysies alternes, au cours de cette année scolaire. Vous vous rappelez, sans doute, qu'on est convenu de désigner sous le nom de type Millard-Gubler, l'association d'une hémiplégie, d'un côté, à une paralysie de la VIIe paire du côté opposé, qu'il y ait ou non paralysie conjointe de la VIe paire. Vous vous rappellerez aussi qu'une paralysie alterne, de cause organique, implique l'existence d'une lésion en foyer de la portion pédonculo-bulbo-protubérantielle des centres nerveux. Pour ce qui concerne notamment la variété de paralysie alterne, réalisée par notre malade, la lésion doit être située en pleine protubérance, dans l'aire qui comprend les noyaux et les fibres d'origine de la VIIe et de la VIe paires, du côté qui correspond à la paralysie de ces nerfs, par conséquent du côté gauche.

Or, le noyau de la VIIe paire est situé à la partie antéro-externe de la calotte ou étage supérieur du

Digitized by Google

pédoncule cérébral et de la protubérance, entre les fibres d'origine de l'oculo-moteur externe, qui sont en dedans, et la racine, dite bulbaire, du trijumeau, un peu au-dessous du noyau du masticateur. Après leur sortie de ce noyau, les fibres d'origine de la VIIe paire décrivent une anse dans laquelle se trouve compris le noyau de l'oculomoteur externe. Donc, une lésion en foyer, située dans l'aire dont le centre est occupé par le noyau du facial, nous rendra compte des principaux éléments du syndrome réalisé par notre malade. Elle nous rendra compte :

De la paralysie faciale gauche.

De la paralysie de l'oculomoteur externe gauche (qui est responsable de la diplopie).

De la paralysie du trijumeau sensitif gauche.

De la paralysie du masseter gauche.

Elle nous rendra compte également de l'hémiparésie sensitivo-motrice droite. En effet, la calotte est constituée, à sa partie inférieure, par le ruban de Reil ou faisceau sensitif. Elle est séparée, par le *locus niger* de Sœmmering, de l'étage inférieur du pédoncule et de la protubérance, dont les trois cinquièmes moyens sont occupés par la voie motrice *(faisceau pyramidal)*. Or, faisceau sensitif et faisceau pyramidal s'entrecroisent à un niveau sensiblement plus bas. Donc, une lésion en foyer, située comme je viens de le spécifier, c'est-à-dire dans la moitié *gauche* de la protubérance et dans l'aire qui englobe les noyaux d'origine de la VII et de la VIe paires, le noyau masticateur, la racine bulbaire du trijumeau, donnera lieu à une hémiplégie sensitivo-motrice *droite*, si elle intéresse le faisceau sensitif et le faisceau pyramidal à ce même niveau.

Voilà donc expliquée, de la façon la plus simple et la plus satisfaisante, la genèse des principales manifestations morbides présentées par notre malade. Je n'ai point parlé des maux de tête à localisation diffuse et des vomissements ; aussi bien, ils sont plutôt propres à nous éclairer sur la nature de la lésion que sur son siège; j'y reviendrai dans un instant.

Pour ce qui est du rétrécissement pupillaire gauche, nous savons que la mydriase peut résulter indifféremment d'une excitation des rameaux pupillaires du moteur oculomoteur commun, ou d'une paralysie des rameaux pupillaires du grand sympathique. Or, il se peut que la lésion en foyer, dont, à à l'instant, je vous indiquais la topographie, remonte suffisamment, en avant et en haut, pour atteindre les filets pupillaires de l'oculomoteur commun, qui émergent, avec le tronc de ce nerf, près de la limite antérieure de la protubérance. La paralysie des mouvements associés des yeux — je vous en ai fait la démonstration encore récemment — implique également une lésion protubérantielle de même siège, intéressant les filets de communication qui relient les noyaux de la 3e et de la 6e paires.

Maintenant que nous voilà fixés sur la localisation de la lésion présumée chez notre malade, il nous reste à résoudre le problème relatif à la nature de cette lésion. L'apparition successive des différents phénomènes morbides, présentés, par notre malade, sans ictus préalable, la nature des premiers symptômes, réprésentés par une céphalalgie de plus en plus violente, par des vomissements alimentaires faciles, tout cela parle en faveur de l'hypothèse d'une tumeur ou d'une plaque de méningite subaiguë, jouant le rôle d'agent compresseur. Les antécédents du malade nous autorisent à soupçonner qu'il y a en jeu une néoplasie syphilitique. Cette supposition trouve un point d'appui dans la rapidité d'évolution des accidents : le syndrome, relativement complexe, réalisé par le malade, n'a pas mis plus de trois mois à se constituer. Donc, les plus fortes présomptions parlent en faveur de l'existence d'une néoplasie syphilitique, occupant le tiers supérieur de la moitié gauche de la protubérance et remontant peut-être un peu plus haut, dans le pédoncule. Ce tableau clinique peut également se comprendre, dans l'hypothèse d'une méningite gommeuse de la base, comprimant la partie latérale correspondante de la protubérance à gauche, mais, avec cette localisation on ne s'expliquerait pas les paralysies des mouvements associés des yeux ; cette paralysie est plutôt en faveur d'une lésion intra-protubérantielle, car elle prouve que le filet anastomotique qui relie la 6e et la 3e paires crâniennes est atteint.

Pour bien vous faire comprendre la nature de la lésion, il est indispensable que je vous rappelle diverses particularités concernant la syphilis crânienne.

En consultant vos traités didactiques, vous lirez qu'on distingue deux modalités de syphilis cérébrale, en se plaçant au point de vue du siège initial des lésions, à savoir :

a) Une *syphilis cérébrale indirecte*, par propagation des altérations de même nature (exostoses, ostéites) dont le point de départ se trouve être dans les os du crâne.

b) Une *syphilis cérébrale directe* ; elle intéresse directement les méninges, les artères ou l'encéphale même, ou ces trois tissus à la fois.

Au demeurant, les altérations qui ressortissent à la syphilis cérébrale directe sont rarement généralisées à toute la masse encéphalique. Elles sont habituellement disposées en foyers multiples, disséminés. Il est à remarquer qu'un de leurs siéges de prédilection est précisément la protubérance ainsi que les portions adjacentes des pédoncules cérébraux et du bulbe.

Digitized by Google

Eu égard à ses caractères histologiques, le processus de la syphilis cérébrale ne diffère pas de ce qu'il est dans les autres viscères. Il se résume dans une infiltration cellulaire de la paroi des vaisseaux, des méninges et de la substance cérébrale. Les altérations vasculaires sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles aboutissent au rétrécissement et à l'oblitération des vaisseaux intéressés, avec ischémie, mortification et ramollissement du territoire correspondant ; exceptionnellement, elles peuvent donner lieu à des hémorrhagies par rupture des vaisseaux altérés. Il arrivera ainsi que l'artérite syphilitique du tronc basilaire et de la cérébrale postérieure entraînent l'oblitération des branches centrales qui en partent, destinées à la protubérance et au bulbe. Ainsi prendront naissance des foyers de ramollissement protubérantiels et bulbaires.

Les lésions méningées, habituellement circonscrites, ont pour siège de prédilection l'espace interpédonculaire et le voisinage du chiasma. Elles pourront donc donner lieu à des paralysies de nerfs crâniens, par suite de la compression qu'exercent sur ces nerfs les infiltrations gommeuses et scléreuses qui caractérisent ces lésions méningées.

Enfin, les lésions syphilitiques, localisées d'emblée dans la substance cérébrale, sont constituées également, à l'apogée de leur évolution, par des productions gommeuses ou scléreuses, habituellement circonscrites, surtout pour ce qui concerne les premières. Il est à noter qu'un des sièges d'élection des gommes cérébrales est représenté par la protubérance et les pédoncules.

Donc, quelle que soit leur nature, qu'elles soient vasculaires, méningées ou primitivement encéphaliques, les lésions de la syphilis cérébrale manifestent une certaine prédilection de siège pour la région pédonculo-protubérantielle, pour la portion de l'encéphale, dans laquelle nous avons localisé la lésion dont doit être affecté notre malade. Pour en revenir à son cas, il me reste à vous faire remarquer que l'ensemble symptomatique, relevé chez lui, correspond à certaine variante du tableau clinique, forcément polymorphe, qu'on a tracé de la syphilis cérébrale.

Ainsi l'hémiplégie symptomatique des lésions syphilitiques de l'encéphale est connue pour être habituellement précédée par des céphalées, par des éblouissements et des étourdissements, par l'engourdissement des parties menacées. Elle est connue pour se développer presque toujours sans ictus préalable, et souvent d'une façon progressive, sans jamais devenir complète. Tous ces traits, nous les avons relevés chez notre malade. On sait qu'elle est susceptible de revêtir la forme sensitivo-motrice et de s'associer à des paralysies de nerfs crâniens du côté opposé, de façon à n'être plus qu'un fragment d'une *paralysie alterne*. C'est encore ce qui a lieu chez notre malade. Et tout cela se voit surtout dans les cas où les lésions vasculaires existent seules ou prédominent dans le processus de la syphilis cérébrale.

Nous pouvons donc conclure que chez notre malade, nous avons affaire présumablement à une poussée de syphilis gommeuse, avec formation de tumeur, d'artérite, etc., ayant abouti à constituer une lésion en foyer, dans le tiers supérieur de la protubérance et dans la partie adjacente des pédoncules cérébraux.

Pronostic et *Traitement*. — Messieurs, parce que la lésion présumée chez notre malade est, selon la plus grande vraisemblance, d'origine syphilitique et de formation récente, le pronostic du cas se présente sous un aspect relativement favorable. Remarquez bien que dans les cas de syphilis des centres nerveux, les lésions, quel que soit leur siège, peuvent n'être pas exclusivement *spécifiques*. Elles sont telles, au début du processus ; mais à la longue, les lésions spécifiques entraînent à leur suite des lésions secondaires banales : nécrobiose et ramollissement, sclérose, dégénérations secondaires, qui échappent à l'action curative de nos agents thérapeutiques.

Il en est tout autrement des lésions spécifiques initiales ; elles sont justiciables du traitement iodo-mercuriel, institué à temps, avec une énergie et une persévérance suffisantes. Voire que l'épreuve du traitement est pour ainsi dire la pierre de touche qui nous fournit le moyen de contrôler l'exactitude du diagnostic porté dans un cas douteux.

Nous allons donc soumettre notre malade à un essai de traitement iodo-mercuriel intensif. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats thérapeutiques que nous en retirerons et du sort ultérieur de notre malade.

CLINIQUE MÉDICALE

Endocardite mitrale végétante avec aortite ulcéreuse et début d'anévrysme embolique de l'aorte abdominale

Par MM. Huchard, *membre de l'Académie de médecine* et Bergouignan, *interne des hôpitaux*.

Un homme de 26 ans entre le 1er octobre 1901 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Huchard. Il a contracté la syphilis à l'âge de 19 ans, et a fait son service militaire en Algérie, où sa santé a été parfaite. En juin 1900, rentré en France depuis plusieurs mois, il a commencé à présenter des accès de fièvre irrégulièrement espacés. En juillet 1901, il éprouve des douleurs polyarticulaires qui le forcent à interrompre son travail.

Digitized by Google

Il entre à l'hôpital pour des douleurs violentes et continues dans le flanc droit, accompagnées de vomissements et de fièvre qui font penser à l'appendicite. Le cœur est alors indemne.

Les troubles abdominaux se dissipent, mais les accès de fièvre reparaissent périodiquement toutes les 36 heures. L'examen microscopique du sang ne montrera ni hématozoaires ni formes microbiennes jusqu'à la fin de la maladie.

Dans la nuit du 7 octobre, il ressent soudain dans la jambe et le pied gauches un engourdissement considérable avec pesanteur considérable du membre inférieur; toutefois les mouvements ne sont pas abolis; huit jours après, M. Huchard, constate à la pointe du cœur un souffle systolique persistant, en jet de vapeur, se propageant vers l'aisselle et dans le dos; il pose alors le diagnostic de : Endocardite végétante chez un paludéen; embolie probable de la poplitée gauche; oblitération incomplète de cette artère en raison de la vitalité persistante du membre.

Les lésions de l'endocardite mitrale deviennent de plus en plus apparentes, donnant lieu à une nouvelle embolie dans l'humérale droite; la fièvre persiste avec des caractères pseudo-intermittents; le malade qui continue à éprouver de violentes douleurs dans la jambe gauche, s'épuise et succombe le 21 novembre.

Les urines étaient remarquables par l'acide urique en excès, par la faible quantité de phosphates (0 gr. 88) et de chlorures (3 gr. 05) éliminés en 24 heures, par la présence de l'albumine (0 gr. 24), d'urobiline; pas de cylindres rénaux ni d'indican.

A l'autopsie, on trouve un cœur volumineux surtout dans le sens transversal. Le ventricule droit est dilaté: ses parois amincies. Vers la pointe, entre les insertions des piliers, on voit 4 à 5 petits foyers purulents.

L'orifice mitral est insuffisant. La grande valve est fortement échancrée par une perte de substance en forme de demi-cercle; sur les bords de cette échancrure est implantée une masse végétante, volumineuse dont le sommet est libre dans la cavité ventriculaire.

La petite valve de la mitrale présente à la partie moyenne de son bord libre deux petites végétations.

L'aorte, dans sa portion initiale, est parsemée de nombreuses petites saillies jaunâtres.

A 2 centimètres au-dessus de la division de l'aorte en iliaques primitives, la paroi postérieure de l'aorte présente une dilatation anormale qui se trouve perforée à sa partie inférieure. Cette perforation, large comme une pièce de 50 centimes, semble avoir été produite à l'occasion du décollement de l'aorte, adhérente, à ce niveau, au tissu cellulaire périartériel et à la colonne vertébrale. Les parois de la dilatation sont formées : en partie par la tunique externe qui subsiste encore dans une certaine étendue; en partie par le tissu cellulaire péri-artériel, recouvert d'un enduit sanguinolent et puriforme. Dans ces conditions, la présence de la colonne vertébrale à la partie postérieure s'opposait seule à une rupture, qui d'ailleurs n'aurait malgré cela pas tardé sans doute à se produire. La dilatation empiète sur la paroi latérale gauche de l'aorte, et se prolonge vers la naissance de l'artère iliaque interne gauche.

Après avoir ouvert en long la paroi postérieure de l'aorte, en passant par l'orifice de déchirure de la poche, on constate alors que la paroi interne de celle-ci est formée d'un tissu tomenteux, frangé, rouge vineux, avec pointillé purulent. L'endothélium et la tunique moyenne ont disparu.

L'iliaque primitive gauche est ensuite incisée suivant sa face postérieure. On constate que, sur une longueur de deux centimètres et demi, elle est rétrécie, et permet à peine l'introduction d'un stylet. La paroi antérieure de ce rétrécissement est la paroi antérieure, restée saine, de l'artère; sa paroi postérieure est dédoublée et contient un diverticule de la poche anévrismale qui revêt ici l'aspect d'un anévrisme disséquant. Ce diverticule admet l'extrémité de l'index, et contient une bouillie sanguinolente.

L'artère iliaque externe gauche est également rétrécie à 1 centimètre de son origine. Ce rétrécissement a 4 millimètres de diamètre, et est occupé par un caillot sanguin dans lequel la paroi fortement injectée envoie des prolongements néoformés.

Le rein gauche est volumineux; le droit plus petit qu'à l'état normal, renferme un infarctus cicatrisé.

La rate, très volumineuse, contient un énorme infarctus de formation récente.

Le foie est atteint de cirrhose cardiaque au début.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Sans doute, il y a des inconnues; nous ne pouvons pas mettre d'étiquette bactérienne à cette observation, puisque toutes les recherches faites à ce point de vue ont été infructueuses. D'autre part, chez ce malade, qui présentait dans ses antécédents seulement une syphilis contractée il y avait cinq ans, nous ne pouvons pas affirmer que les premiers accès fébriles constatés dix-sept mois auparavant relevaient d'une intoxication palustre, et, quoique le fait puisse paraître presque extraordinaire, il est possible et même probable que la date du début de l'endocardite infectieuse à accès fébriles pseudo-intermittents se place dès cette époque. Il s'agirait, en un mot, d'une endocardite à rémissions multiples ayant accompli son évolution en quinze mois.

Je ne fais que mentionner les vives douleurs de l'hypocondre et du flanc droit, contemporaines d'un gros infarctus du rein droit, douleurs qui, tout d'abord, avaient pu faire croire à un début d'appendicite. Les gros infarctus du rein droit et de la rate, le type de la fièvre à forme pseudo-intermittente ressemblant à une intoxication palustre sont choses bien connues. Ce qui l'est moins, c'est l'aortite ulcéro-végétante, sur le point de se terminer par rupture du vaisseau et capable aussi de produire un anévrisme embolique. Il se passe là quelque chose d'à peu près semblable à ce qu'on observe au sujet des anévrismes valvulaires dans l'endocardite infectieuse infectante.

Sans doute, on peut se demander si l'endocardite ulcéro végétante et l'aortite ulcéreuse ne dépendent pas de la même cause, et ne se sont pas produites presque en même temps sous l'influence de la même infection. L'histoire *clinique* de la maladie proteste contre cette interprétation, puisque les phénomènes artériels indiquant l'existence d'une obstruction vasculaire incomplète par embolie se sont montrés longtemps après le début de l'endocardite. D'autre part, l'histoire *pathologique* des artérites et des anévrismes emboliques démontre, avec les résultats

Digitized by Google

de l'autopsie de notre malade, qu'il s'agit là non seulement d'une obstruction artérielle par embolie, mais aussi et surtout d'une artérite ulcéreuse par embolie. Je n'ai observé que deux faits de ce genre; la question n'est pas encore suffisamment connue; elle se lie intimement à celle des anévrismes emboliques, et il me semble utile d'insister sur ces faits, en empruntant quelques-uns de ces développements à ce que j'écrivais il y a deux ans dans mon *Traité des maladies du cœur* (tome II, p. 12).

On croirait écrites d'hier ces lignes de J. Franck : « Les fièvres qui sont susceptibles d'altérer en plusieurs endroits les tuniques vasculaires, peuvent modifier le système artériel de telle sorte que celui-ci devienne, dans le même espace de temps, le siège de plusieurs anévrismes, sans qu'il soit nécessaire d'admettre, pour expliquer ce phénomène, une diathèse anévrismatique. »

Sans doute, il est absolument exceptionnel de voir se produire un anévrisme pendant et immédiatement après une maladie infectieuse, quoique j'aie vu en 15 jours, sous l'influence d'une grippe très grave avec pneumonie, naître sous mes yeux un anévrisme aigu de la crosse de l'aorte sur une aortite chronique goutteuse. Mais, sous l'influence d'une endocardite ulcéreuse, une embolie, une végétation valvulaire arrêtée dans un vaisseau d'un moyen calibre ou encore au niveau d'une plaque athéromateuse de l'aorte ramollie et déjà ulcérée, peut déterminer une artérite embolique, souvent prélude d'un anévrisme, comme le démontre un nombre respectable d'observations. En 1853, Jolliff-Tufnell (1) (et Ogle plus tard, en 1866) avait publié un travail ayant pour titre : « Influence des végétations des valvules du cœur sur la production des maladies des artères ». Puis on a prononcé le nom d'*artérites emboliques* ayant pour caractères d'être naturellement circonscrites, d'affecter plusieurs artères à la fois, de s'accompagner d'embolies viscérales et d'infarctus, de se montrer au niveau de l'émergence des collatérales, c'est-à-dire des éperons vasculaires, de pouvoir s'observer à tout âge et même dans la jeunesse dès l'âge de 12 à 25 ans, comme l'endocardite ulcéreuse elle-même.

Cette artérite est tantôt oblitérante, tantôt ectasiante : simplement oblitérante, lorsque le caillot obturateur s'arrête au niveau d'un éperon vasculaire et sur une portion d'artère dont la membrane interne est saine; ulcéreuse ectasiante ou anévrismatique quand le caillot s'arrête au contraire au niveau d'une portion d'endartère désorganisée par le ramollissement athéromateux. Il en résulte que l'embolie infectieuse, en contact avec la tunique moyenne, détermine plus ou moins rapidement une mésartérite, prélude ordinaire des dilatations anévrismales. Les exemples d'anévrismes emboliques se comptent dans la science, probablement parce qu'on n'a pas suffisamment appelé l'attention sur eux. Nous citerons à ce sujet les observations ou recherches de Jolliff-Tufnell, Ogle, Church, Goodhart, Greenfield, Gowers en Angleterre, de Lancereaux, de Pel (d'Amsterdam), de Lazarus (de Berlin) (1). Notre observation s'ajoute à celles de nos devanciers, pour démontrer les propositions suivantes, que j'émettais il y a trois ans :

1° Les maladies infectieuses peuvent produire rapidement, à une époque plus ou moins rapprochée de leur début, des artérites circonscrites de même nature, souvent par le processus embolique, avec terminaison par un anévrisme à *marche aiguë*;

2° D'autres fois, l'anévrisme, encore à évolution rapide, évolue sur une aortite chronique, à la faveur de la maladie infectieuse;

3° La maladie infectieuse, à une époque souvent très éloignée de son début, plusieurs années après, produit des tumeurs anévrismales à évolution subaiguë ou lente;

4° Il faut ajouter cette quatrième proposition : l'artérite ulcéreuse circonscrite et préanévrismatique se produit tantôt par le processus embolique, tantôt par la fixation de microorganismes divers dans les tuniques artérielles préalablement altérées.

(1) Jolliff Tuffnell. Ogle (*Loc. cit.*) — Church. On the formation of aneurisms and specially intracranial aneurisms in early life (*St. Bartholomest's hosp. reports* 1870). Goodhart. Cases of aneurism from embolism (*St. Barth. hosp. reports.* t. XXVIII). Greenfield, Gowers, Cerebral aneurism, associated with endocarditis (*Trans. of the path. Soc. of London*, 1878 — Lancereaux. *Traité d'anat. path.* 1879-1881). — Pel. *Zeitsch. f. Kl. med.* 1887. — Lazarus (*Soc. méd. int. de Berlin* 1891). Le Gendre et Beaussenat. *Rev. de chir.* 1893. Dans cette observation (anévrisme spontané de l'artère humérale à évolution rapide par artérite infectieuse aiguë à streptocoques, au cours d'une endocardite végétante, l'artérite ne paraît pas s'être produite par le processus embolique, mais plutôt par la fixation de microorganismes (streptocoques) dans les tuniques artérielles.

ÉTUDE CLINIQUE

Théorie nouvelle de la « Maladie du Sommeil » (Cathypnose ou toxinose du sommeil)

Par le Dr van den Corput
Vice-président de l'Académie de médecine de Belgique
Médecin honoraire des hôpitaux de Bruxelles

Dans une note adressée récemment à l'Académie de médecine de Belgique, M. le Dr Broden, directeur du laboratoire microbiologique de Boma (Congo belge), a exposé le résultat de ses recherches bactériologiques, qui lui ont fait reconnaître l'existence d'un bacille ou diplobacille spécial comme cause première de la mystérieuse affection connue depuis 1819 (époque où elle fut signalée pour la première fois par un médecin anglais chez des nègres du littoral de Benin), sous le nom « *Maladie du sommeil* » et que je propose d'appeler *cathypnose* (de Κατα, qui implique l'idée de

Digitized by Google

profondeur ou de fin, et ὕπνος sommeil), ou de *Toxinose du sommeil*.

Cette étrange affection sévit parmi les populations nègres de certaines régions africaines avec une intensité telle qu'elle semble menacer l'avenir de la race indigène, puisque, au rapport de missionnaires Suédois, elle occasionnerait une mortalité de 20 0/0, alors que la natalité ne serait que de 2 0/0.

Des nombreuses expériences pratiquées par M. Broden sur les différents animaux qu'il avait à sa disposition, il résulte, que chez tous, des cultures du microbe isolé, injectées à dose convenable, ont reproduit les symptômes principaux présentés par les nègres victimes de la maladie.

A ce propos il serait intéressant de rechercher par suite de quelle immunité, c'est-à-dire pourquoi et comment la maladie observée jusqu'à ce jour, chez les nègres seuls de certaines régions des côtes africaines ne se rencontre ni chez les Européens ni chez les sujets d'autres races, tandis que les terrains variés de différents animaux présentent au bacille spécifique des cultures productives.

Ces recherches pourraient conduire peut-être à la découverte d'un sérum préventif.

Les investigations de M. Broden ont, en outre, montré qu'un organisme identique à celui qu'il a trouvé dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien des individus atteints, se rencontre dans l'eau, dans l'air et surtout dans le sol des régions où sévit la maladie, de même que le bacille tétanique de Nicolaïer auquel les nègres se montrent également très sensibles, existe abondamment dans la terre des pays tropicaux.

L'origine microbienne de la cathypnose paraît donc désormais d'autant plus certaine que déjà Cagigal et Lepierre, à Lisbonne, ainsi que le Dr de Bettencourt, professeur à l'Institut bactériologique de la même ville, avaient attribué la cause de la maladie à une bactérie rencontrée par eux chez des nègres originaires d'Angola.

Il n'en est pas de même quant à l'anatomie pathologique de cette affection dont toute la nosographie est encore entourée de tant d'obscurités :

Les renseignements recueillis jusqu'à ce jour sur les lésions observées sont en général très vagues et peu concordants. La plupart des observateurs et, entre autres, le Dr A. Guérin, médecin de la marine française, lequel a pu pratiquer 32 autopsies de nègres ayant succombé à la maladie du sommeil, ont conclu du protocole de leurs nécropsies à une congestion passive de l'encéphale; et tandis que le Dr Broden, dans les six autopsies qu'il a pratiquées, a trouvé une diminution de consistance de la substance nerveuse ou un ramollissement total, le Dr Corre a constaté dans un cas une sclérose cérébrale.

Il n'est donc guère possible de rattacher d'une façon rationnelle l'ensemble des symptômes de la maladie aux résultats très divergents des autopsies.

Il ressort toutefois des faits observés que ni la fatigue générale progressive, ni l'indifférence invincible et l'insensibilité aux excitations extérieures conduisant à un sommeil insurmontable, phénomènes qui constituent les caractères les plus saillants de cette singulière maladie, ne s'expliquent guère d'une manière plus satisfaisante par la compression qu'exerceraient sur le cerveau les exsudats des méninges rencontrés dans quelques cas, que par l'épanchement séreux trouvé parfois dans les ventricules et qui avait fait donner par les Anglais le nom de « *Sleepy dropsy* » à l'affection qui nous occupe.

D'autres explications me paraissent s'imposer.

La cathypnose ou toxinose du sommeil serait due, selon moi, à l'accumulation dans l'organisme des toxines ponogènes de Preyer, accumulation résultant soit de la production excessive de ces toxines sous l'action permanente du bacille infectieux, soit d'un ralentissement ou d'une insuffisance fonctionnelle des organes d'émonction, c'est-à-dire d'un trouble ou d'une perversion des mundifications organiques.

Les toxines ponogènes, que l'on sait exercer à l'état physiologique une action chimiotropique négative sur les neurones centraux en paralysant l'amiboïsme des jeunes arborisations protoplasmiques qui établissent le rapport entre les premiers et les neurones périphériques ou sensitifs, interviennent sans aucun doute, comme cause efficiente immédiate du phénomène capital de l'affection : le sommeil insurmontable, persistant et mortel.

En d'autres termes, la continuité du sommeil ou les accès comateux de la cathypnose seraient bien moins la conséquence de l'activité vitale physiologique, que de celle du bacille qu'il conviendrait d'appeler *hypnogène*, et dont l'action persistante amènerait l'accumulation des toxines qui, à l'état normal, suspendent périodiquement les fonctions de relation; de telle manière que ces produits se formant en quantité supérieure à la quantité qui est rejetée au dehors par les émonctoires (spécialement par les poumons et par la peau, durant le sommeil), ou qui devrait être détruite au bout du temps normal par le processus respiratoire ou par le métabolisme moléculaire, — le réveil physiologique n'a plus lieu.

L'activité sensorielle consciente et les réactions volontaires qui suivent le repos périodique du sommeil quotidien, restent suspendues.

La fatigue s'accumule en quelque sorte en même temps que les toxines ponogènes, et le sommeil pathologique s'empare définitivement du sujet, non sans avoir produit parfois, au début, quelques phénomènes éclamptiques de réaction.

Les toxines ponogènes paralysant de plus en plus l'amiboïsme des neurones non adultes qui appartiennent aux centres cérébraux intellectuels, ceux-ci ne peuvent plus recevoir les impressions extérieures ni transmettre l'influx nerveux aux neurones adultes moteurs.

Il y a sommeil prolongé, pendant lequel les communications nerveuses avec le monde extérieur sont interrompues.

L'exercice des fonctions intellectuelles est alors com-

Digitized by Google

plètement aboli. Les fonctions végétatives elles-mêmes s'engourdissent ; d'où la marche propressive, fatale, des différents degrés de la fatigue et de l'ankylose nutrimentive, depuis la somnolence du début jusqu'aux accès comateux quelquefois entrecoupés de phénomènes convulsifs, jusqu'au carus final ; et depuis l'émaciation progressive de l'autophagisme jusqu'au dépérissement cachectique analogue à celui que l'on observe chez les fumeurs d'opium, avec, parfois aussi, de l'ascite.

Le ralentissement fonctionnel des centres nerveux et la suspension des actes de la vie de relation ne peuvent manquer de produire bientôt la chromatolyse des cellules radiculaires et l'insénescence précoce de leur noyau qui conduisent à la mort physiologique.

D'un autre côté, par suite de l'accumulation des bacilles et des éléments ponogènes, il y a entrave dans la circulation lymphatique ; de là l'engorgement des ganglions lymphatiques et les suffusions séreuses fréquemment observées ; de là encore, ensuite de la tendance très prononcée chez le nègre aux formations sclérenses, les rapports que l'on a voulu établir entre la maladie du sommeil et le myxœdème.

Le besoin de sommeil étant plus intense chez l'enfant que chez l'adulte, c'est aussi parmi les enfants que la maladie s'observe plus fréquemment, surtout parmi les négrillons de certaines missions congolaises, la fatigue intellectuelle étant augmentée chez eux par l'inaction physique et par le surmenage relatif de l'école.

De ce que je viens d'exposer l'on peut conclure que, si l'étiologie de la maladie du sommeil semble aujourd'hui bien établie par la constatation d'un microbe spécial, il est loin d'en être de même quant à l'anatomie pathologique de cette obscure maladie.

Peut-être encore, en dépit de la théorie que je viens de développer, pourra-t-on en dire autant du mécanisme physiologique qui préside à l'évolution de ses symptômes, aussi bien que du traitement rationnel qu'il conviendrait d'appliquer à cette bizarre affection considérée jusqu'à présent comme incurable.

Toujours est-il que, du travail qui précède, l'on pourra tirer cette conséquence pratique, savoir : que, pour ce qui concerne l'anatomie pathologique de la cathypnose, laquelle semble être toute à refaire, il serait indispensable de se livrer à une étude microscopique du tissu cérébro-spinal, portant plus spécialement sur l'étude des neurones centraux.

L'attention des médecins qui ont l'occasion d'observer cette affection, devra se porter aussi tout particulièrement sur le fonctionnement et l'état des différents appareils d'émonction : reins, tissu cutané, foie, poumons, voire capsules surrénales, de même que sur leur coefficient d'élimination ou de destruction.

Quant au traitement, sans parler des recherches qui pourraient être entreprises dans le sens de l'obtention d'un sérum prophylactique ou curatif, — après avoir cherché à combattre directement le microbe infectieux, soit par des mesures préventives appropriées, soit par certains antiseptiques, comme le P. Bosch, cité par le Dr Déclat, paraît en avoir observé un cas guéri par l'administration à dose fractionnée du phénol, le but que devrait se proposer le praticien dans le traitement de cette affection, serait de provoquer l'élimination des substances ponogènes, ou de rechercher quels pourraient être les circonstances ou les agents les plus propres soit à prévenir leur production, soit à favoriser leur excrétion ou leur neutralisation.

Il serait non moins intéressant de rechercher quelle pourrait être la cause immédiate de la chromatolyse qui probablement domine la scène pathologique dans l'évolution de la cathypnose.

Y aurait-il surproduction d'acide sarco-lactique dont on connaît l'action profondément ponogène en surabondance d'éléments hydro-carbonés ? et quels seraient les agents : alcalis (soude), alcaloïdes (caféine), ou substances oxygénantes (ozonisants) les plus aptes soit à neutraliser ou à détruire les toxines hypnogènes, soit à favoriser la production des chromatophiles dans les neurones actifs (lécithines, phosphates). (1).

Mais, que la substance ponogène résulte en majeure partie de l'action d'un bacille spécial et de ses sécrétions, ou qu'elle provienne d'une accumulation des simples déchets du métabolisme vital, il nous paraît indubitable qu'il y a, dans la maladie du sommeil, infection toxinienne suivie de phénomènes intensifs analogues, quoique différant par leur cause première comme par leur continuité, à l'auto-infection diurne, périodique, qui produit normalement la fatigue et le sommeil, et dont l'action prolongée amène, au bout d'un temps plus ou moins long, l'inéluctable sénilité, c'est-à-dire la déchéance progressive des activités fonctionnelles qui a pour conséquences nécessaires l'ankylose générale et la mort.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'aspirine dans le traitement de la fièvre des tuberculeux. — Ce médicament, d'origine germanique, a été étudié l'année dernière en France par M. Renon, qui avait reconnu son efficacité comme agent antithermique chez les tuberculeux. D'après cet auteur, l'aspirine donnée à doses fractionnées de 0 gr.50 jusqu'à 1, 2 et 3 grammes par jour, abaisse la température des malades mais provoque peu de temps après son ingestion des transpirations d'intensité variable, peu pénibles et bien supportées.

M. Edgard Hirtz a repris les expériences de M Renon, sur une série de tuberculeux fébricitants (Soc. de thérapeutiq. déc. 1901). Des faits qu'il a observés, il résulte que l'aspirine a parfois, mais non toujours, une action sur la fièvre des tuberculeux, que cette action n'est jamais durable ; elle ne s'obtient dans la majorité des cas qu'au prix de sudations extrêmement abondantes qui épuisent les malades. Il n'y a pas lieu de la recommander dans la fièvre des bacillaires plus que les autres agents antithermiques connus, dont aucun n'a l'efficacité de la cure d'air et de repos.

(1) *Académie de méd. de Belgique* (décembre 1901).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Le rhumatisme consécutif aux infections naso-pharyngiennes. — M. P. Gallois démontre, avec observations à l'appui, qu'une attaque de rhumatisme peut être la conséquence d'une infection à porte d'entrée rhino-pharyngienne ; autrement dit l'angine, qui précède certains rhumatismes, serait la cause et non l'effet du rhumatisme. Aussi, en présence d'un malade atteint de polyarthrite, on devra toujours s'informer si, dans les 2 à 3 semaines qui ont précédé son attaque, il n'y a pas eu quelque affection du nez, de la gorge, des sinus, de même que l'on vérifie s'il y a blennorrhagie (*Soc. de Thérap.*, 4 déc.).

Au point de vue pratique, on doit tirer plusieurs conclusions de ces notions nouvelles. Avant de faire une intervention dans les fosses nasales, il sera bon de s'enquérir si le malade a eu antérieurement des attaques de rhumatisme. Si oui, il faudra opérer prudemment, et procéder par opérations restreintes. Les récidives fréquentes du rhumatisme semblent, en effet, indiquer que les microbes pathogènes séjournent en permanence dans les fosses nasales ou les divers annexes de la grotte faciale. Il faut éviter également d'intervenir si l'on constate du catarrhe rhino-pharyngien. En tous cas, que le malade ait eu ou non du rhumatisme, qu'il présente ou non des sécrétions muco-purulentes de la grotte faciale, il faut, avant d'intervenir, assurer l'asepsie du champ opératoire par des lavages ou des pulvérisations. Après l'opération, il sera bon également de désinfecter les cavités rhino-pharyngiennes.

Il arrive parfois qu'une attaque de rhumatisme se montre rebelle au salicylate ; si elle a succédé à une infection rhino-pharyngienne, on peut se demander si le malade n'a pas conservé de sa grotte faciale des microbes virulents entretenant l'infection, et si dans ce cas il n'y aurait pas avantage à désinfecter les cavités aériennes de la face. En tarissant la source de l'infection, on aurait plus de facilités pour guérir les manifestations articulaires.

La crampe du pylore. — La crampe du pylore joue un rôle fort important dans la pathologie de l'estomac. Elle est probablement la cause de la plupart des douleurs gastriques. Avec assez d'exactitude on l'a comparée au spasme du sphincter anal. Il faut bien reconnaître cependant que, du moins jusqu'à présent, on n'en a pas donné la démonstration directe. Or, dans quelques cas, cette démonstration est possible ; on peut sentir le pylore contracturé et acquérir la preuve qu'il s'agit bien d'une contracture.

J'ai constaté, dit M. Bouveret (*Lyon méd.* 1901) plusieurs fois cette contracture du pylore, à peu près toujours dans les mêmes conditions, chez des femmes amaigries et souffrant depuis longtemps d'une forte hyperchlorydrie. Chez la femme, le pylore est plus accessible ; il est abaissé et rapproché de la ligne médiane par la constriction du corset. Il devient ainsi plus superficiel et tend à se placer au devant de la colonne vertébrale, condition plus favorable à la palpation.

Pendant les accès douloureux de l'hyperchlorydrie, j'ai senti à l'épigastre, dans la situation occupée par le pylore, une petite tumeur cylindrique, mobile, du volume de l'index, douloureuse au toucher, ferme, mais sans dureté ligneuse. Cette petite tumeur rappelle tout à fait, comme forme et consistance, le colon descendant contracturé de certaines constitutions spasmodiques. Cette tumeur n'est pas permanente ; si la palpation est assez attentive et prolongée, le doigt la sent disparaître puis se produire de nouveau. C'est bien la preuve qu'elle est due à la contraction d'un organe musculaire. D'ailleurs, la douleur spontanée de la malade diminue en même temps que disparaît la tuméfaction épigastrique.

Ce petit fait n'est pas sans intérêt. D'abord il établit la réalité de la crampe du pylore. Il permet en outre d'éviter quelques erreurs de diagnostic. Il faut savoir que le pylore simplement contracturé peut former une tumeur perceptible par la palpation de l'épigastre. Dans les cas que j'ai observés, on aurait pu croire à l'existence d'un néoplasme ou d'une induration cicatricielle. Il suffit, pour reconnaître la contracture du pylore, de palper assez longtemps et avec assez d'attention ; le doigt finit par constater les alternatives d'apparition et de disparition de la petite tumeur cylindrique de l'épigastre.

GYNÉCOLOGIE

Traitement des perforations de l'utérus produites de dedans en dehors. — Le cas le plus fréquemment observé est une plaie par curette ou hystéromètre dans un utérus sain ou simplement métritique. Mais c'est un accident que l'on peut prévenir en mettant en pratique les conseils donnés par les gynécologues.

On ne fera point de curettage sans anesthésie, sans

Digitized by Google

dilatation. On se servira des curettes de Sims ou de Recamier; les premières, étroites mais bien arrondies ou carrées, donnent plus de sécurité ; on ne craindra pas de les choisir tranchantes, car une curette qui coupe bien dispense d'appuyer avec violence. D'ailleurs ce n'est pas en raclant, mais en introduisant la curette qu'on risque surtout de perforer l'utérus.

S'il s'agit d'un utérus puerpéral infecté, on complétera la dilatation, si c'est nécessaire, avec de grandes précautions. On pratiquera alors le toucher intra-utérin pour évacuer avec le doigt ce que contient l'utérus et reconnaître le siège exact de la rétention. La curette intervient alors pour détacher ce que ni les doigts ni l'irrigation n'ont chassé; la promener indifféremment et à l'aveugle dans tout l'utérus serait un contre-sens. Elle doit être grosse et mousse, faire une large prise et la faire relativement superficielle, quitte à la renouveler plusieurs fois. Il est dangereux de s'acharner à obtenir le cri utérin.

L'introduction de la sonde intra-utérine doit être minutieuse et prudente ; il ne faut ni forcer ni appuyer ; une injection intra-utérine sans dilatation est donc une imprudence impardonnable.

Si, malgré toutes ces précautions, l'accident se produit, que faut-il faire?

S'il s'agit d'un utérus métritique et que la perforation ait eu lieu au début par l'hystéromètre ou le dilatateur, la conduite sera variable. Certains chirurgiens ont passé outre et continué le curettage de ceci sans accidents ; mais, agir ainsi, c'est se priver sciemment d'un des temps importants du curettage : l'irrigation. Il est vrai que quelques opérateurs n'ont pas hésité à faire une irrigation intra-utérine, se fiant aux petites dimensions de la plaie, mais cette conduite n'est pas à conseiller.

Il sera prudent d'interrompre l'opération, de s'abstenir de toute irrigation intra-utérine et de tamponner soigneusement et hermétiquement l'utérus. On peut en plus placer une vessie de glace sur le ventre, administrer de l'opium et prescrire l'immobilité absolue.

Lorsque la perforation se produit au milieu ou à la fin de l'opération, on est autorisé à terminer celle-ci, toujours en s'abstenant d'irrigation intra-utérine.

Enfin si la perforation se produit au moment de l'injection intra-utérine, il faudra tout d'abord retirer la canule, et l'on agira ensuite suivant la quantité et la nature du liquide injecté.

Mais, la perforation traitée, reste l'affection causale qui avait amené à pratiquer le curettage : on pourra pratiquer un nouveau curettage trois ou quatre semaines après.

On est rarement intervenu d'une façon radicale dans la perforation de l'utérus, sauf quand il y avait coexistence d'affections annexielles ou de fibromes utérins.

La grande indication, l'indication courante de l'intervention chirurgicale, qu'elle qu'elle soit, c'est la septicité avérée de l'utérus cancéreux ou puerpéral. La certitude d'avoir injecté dans le ventre un liquide antiseptique violent ou toxique peut être une raison à la laparotomie immédiate, à plus forte raison la procidence d'un organe.

A quelle opération doit-on donner la préférence? On a fait la laparotomie pour trouver la perforation et suturer si nécessaire. Dans ces conditions on peut drainer pour se donner une sécurité complète.

La suture utérine ne sera tentée que si les dimensions de la plaie sont assez considérables pour l'imposer, et si ses bords présentent une vitalité suffisante pour lui laisser chance de succès.

L'étendue et la profondeur des lésions commandent en certains cas l'hystérectomie; on donnera la préférence à la supra-vaginale qui est plus rapide à faire ce n'est qu'en cas de lésions s'étendant au col que l'on fera la totale. Dans les deux cas on devra drainer.

Récemment encore on pratiquait de préférence l'hystérectomie vaginale, mais on s'expose dans ce cas à enlever des utérus non perforés, ou à enlever des utérus perforés, mais dont la conservation s'imposait; c'est pourquoi Rebreyend (Th. Paris, 1901) se déclare partisan de la laparotomie et n'admet l'hystérectomie vaginale que dans deux cas : lorsque la malade a dépassé la ménopause, lorsqu'il y a infection puerpérale aiguë, rétention placentaire fébrile.

CHIRURGIE

L'hématurie dans les néoplasmes du rein. — Parmi les symptômes qui permettent de porter le diagnostic de néoplasme rénal, l'hématurie doit être placée au premier rang en raison de sa fréquence. M. Denaclara, en 1899, réunissant un total de 409 observations de cancer du rein, a trouvé 146 fois l'hématurie, soit seule, soit accompagnée d'autres symptômes. Le pourcentage moyen 35 0/0 descend à 28 0/0 dans l'ensemble des cas infantiles, mais s'élève chez l'adulte à l'édifiante proportion de 65 0/0 et même davantage. Cette étude statistique, dont nous résumons ici en deux mots un simple point, est par elle-même suffisamment éloquente, car il est évident qu'un symptôme noté dans les 2/3 ou les 3/4 des cas mérite d'être considéré comme ayant une importance de premier ordre.

Quels sont donc les caractères qui nous permettront de distinguer cette hématurie néoplasique des autres hématuries, et cela même sans le concours des

Digitized by Google

autres symptômes habituels du cancer (tumeur rénale, douleur de la région lombaire, varicocèle droit, urines non purulentes, non albumineuses, etc...)? Et d'abord supposons que l'on ait localisé le point de départ de l'hémorragie dans le rein, ce qui peut se faire sans trop de difficultés si l'on veut bien considérer deux choses : d'une part, le fait que l'urine est sanglante dans sa totalité et uniformément ; d'autre part, l'absence de symptômes vésicaux, prostatiques ou uréthraux. Une fois ce premier point posé, il sera facile d'éliminer deux catégories d'hématuries rénales dont la cause prochaine saute pour ainsi dire aux yeux : l'hématurie dans les maladies infectieuses aiguës dont le type nous est offert par l'hématurie au cours de la scarlatine, et l'hématurie purement traumatique, qu'il s'agisse d'une plaie ou simplement d'une contusion.

Dès lors nous restons en présence d'une seule variété d'hématurie, l'hématurie rénale qu'on pourrait appeler spontanée, ce mot étant pris dans sa plus grande acception, ce qui permettrait de faire ranger dans ce dernier groupe les cas où l'agent provocateur quand il existe (choc, refroidissement, par exemple) n'agit pas seul mais uniquement parce qu'il frappe un rein déjà malade. Cette variété d'hématurie renferme des cas nombreux et dissemblables ; nous signalons seulement les moins fréquents, telles : l'hématurie des pays chauds, appelée autrefois essentielle et caractérisée par le dépôt dans l'urine des embryons du « filarium sanguinis hominis », l'hématurie de la nephroptose, dont Abarran (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1898) et Pasteau 1899, rapportent plusieurs cas ; l'hématurie de la grossesse, l'hématurie rénale des prostatiques, l'hématurie de la néphrite chronique, l'hématurie goutteuse, etc...

Enfin nous arrivons aux trois grandes hématuries rénales du cancer, de la lithiase, de la tuberculose.

Le lithiasique émet des urines sanglantes à la suite de secousses du rein provoquées par la marche à pied ou le transport dans une voiture mal suspendue ; le calcul mobilisé traverse l'uretère en déterminant le syndrome colique néphrétique, il tombe dans la vessie d'où il peut être expulsé à l'extérieur ; le repos au lit diminue ou fait cesser l'hématurie. Le tuberculeux a bien rarement des poumons absolument sains et l'examen de ses épidydimes et de sa prostate révèlera le plus souvent des noyaux sur la nature desquels il n'est pas permis d'hésiter.

Le cancéreux pisse du sang d'une façon subite inattendue, au repos le plus absolu, ordinairement sans la moindre douleur, en telle abondance qu'on peut être forcé d'intervenir d'urgence, chaque crise hématurique étant séparée de la suivante par des accalmies qui ne s'étendent guère au-delà de quelques mois.

L'exploration bimanuelle du rein peut, il est vrai, révéler la masse néoplasique, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Il s'agit alors de ces hématuries « dénonciatrices » dont parle M. Guyon et dont M. Rocher (*Th. Paris* 1901) dit : « l'hématurie, « alors même qu'elle est le seul symptôme, permet « de faire d'une façon précoce, tout près du début, « le diagnostic de l'affection. » — R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Solutions d'iodoforme. — L'iodoforme est très faiblement soluble dans l'eau, dans la glycérine et la vaseline, plus soluble dans l'alcool et les huiles fixes, très soluble dans l'éther, le chloroforme, la benzine, les huiles volatiles, le sulfure de carbone, le sulfure d'allyle, le salicylate de méthyle, le menthol en fusion, certains phénols en fusion (phénol, thymol, résorcine, gaïacol, etc.), les phénols camphrés (phénol camphré, naphtol β camphré, etc.), le chlorure d'éthyle.

L'addition de camphre à l'éther et à l'alcool augmente leur pouvoir dissolvant.

Une partie d'iodoforme est soluble dans :

6	parties	d'éther.
12	—	d'alcool à 90° bouillant
80	—	d'alcool à 90° à froid.
14	—	de chloroforme.
3	—	1/3 de sulfure de carbone.
1	—	de sulfure d'allyle.
14	—	de naphtol β camphré.
30	—	d'huile d'olive.
16	—	d'huile d'olive saturée de camphre.
40	—	de vaseline liquide.

Ceci dit, à quelles doses doit-on employer l'iodoforme ?

A l'intérieur, on ne devra pas dépasser la dose quotidienne de 0 gr. 60 donnés par quantités fractionnées de 0 gr. 05. Mais la dose de 0 gr. 20 par jour est parfaitement suffisante. En tout cas, on doit tenir compte des susceptibilités individuelles, et commencer par la dose quotidienne de 0 gr. 05.

Quant à l'emploi de l'iodoforme à l'extérieur, il est impossible d'établir une règle fixe. La dose de 2 gr. paraît suffisante.

Pour masquer l'odeur de l'iodoforme, on a proposé un certain nombre de substances. Voici, avec les doses se rapportant à 10 gr. d'iodoforme, celles qui sont miscibles aux solutions :

Essence de cannelle de Ceylan	L	gouttes.
— d'eucalyptus.....	L	—
— de menthe.....	XX	—
— de Pelargonium odor	L	—
Phénol cristallisé.....	1	gramme
Camphre.....	5	—
Menthol.....	0 gr. 50	

Digitized by Google

Les incompatibilités sons les alcalins et le calomel.

Voici les principales formules pharmaceutiques et leurs applications thérapeutiques pour l'usage externe.

I. Collodion iodoformé (Codex) :

Iodoforme	1 gramme.
Collodion élastique	9 —

II. Éther iodoformé ;

Iodoforme	4 à 20 grammes.
Ether	100 —

Ces solutions ont été préconisées contre toutes les suppurations tuberculeuses, l'hydrocèle, le goître exophtalmique, en injections et en badigeonnages contre l'érysipèle.

III. Huile iodoformée :

Iodoforme	1 gramme.
Huile d'olive stérilisée	30 —

Utilisée en injections intra-trcahéales dans le traitement des tuberculoses laryngées ou en injections hypodermiques contre la tuberculose pulmonaire.

IV. Naphtol β camphré iodoformé ;

Naphtol β camphré	14 grammes.
Iodoforme	1 —

Un centimètre cube de cette solution renferme approximativement 0 gr. 07 d'iodoforme.

A employer dans le traitement des plaies suppurées et particulièrement dans celui des adénites cervicales tuberculeuses.

On pourrait aussi remplacer, le naphtol camphré par le thymol camphré, qui a été préconisé par M. Ménard, de Berck.

On peut se servir aussi des autres phénols camphrés (salol camphré, phénol camphré, thymol camphré) comme agents de dissolution de l'iodoforme pour le traitement des plaies infectées et des trajets fistuleux, des tuberculoses locales, des ulcères syphilitiques, etc.

M. Reynier a préconisé la solution d'iodoforme dans le salol en fusion pour guérir après évidement des foyers d'ostéite tuberculeuse.

M Bazy a préconisé l'emploi d'huile de vaseline iodoformée à 1/20 à la dose de 30 cmc en injections dans la vessie, principalement dans les cystites tuberculeuses.

M. Mauclaire a employé dernièrement une solution de vaseline liquide saturée d'iodoforme et préparée avec une asepsie des plus rigoureuses à la dose de 1 ou 2 cmc en injection par la voie épidurale, pour traiter certaines formes du mal de Pott.

V. Vernis à l'iodoforme :

Iodoforme	10 grammes
Teinture éthérée de benjoin	90 —

Employé en thérapeutique dermatologique.

VI. Pour l'usage interne. — Capsules de gaïacol iodoformé :

Gaïacol synthétique et cristallisé	0 gr. 10
Huile d'amandes douces	0 — 05
Iodoforme	0 — 02

Pour une capsule.

On peut remplacer, dans cette formule, le gaïacol par la créosote :

VII. Huile iodoformée :

Iodoforme	2 grammes.
Huile d'amandes douces	1.000 —
Essence de cannelle de Ceylan	XXX gouttes.

VIII. Huile de foie de morue iodoformée

Iodoforme	2 grammes.
Huile de foie de morue	1.000 —

Une cuillerée à bouche de ces préparations contient 3 centigr. d'iodoforme.

Ces préparations peuvent être additionnées de phénols, tels que la créosote, le gaïacol, etc., ou d'eucalyptol pour le traitement interne de la tuberculose.

On peut les aromatiser avec de l'essence de menthe ou toute autre essence.

HYGIÈNE

Nécessité de l'isolement des contagieux dans les chemins de fer. — Dans la séance de la Société de pédiatrie de Paris, tenue le 8 octobre 1901, M. Variot a appelé l'attention de la Société sur le danger qu'offre le transport des enfants coqueluchéux dans les wagons des chemins de fer ; la coqueluche est en effet une maladie qui s'accompagne d'une expectoration abondante, pouvant être au moment des quintes rejetée sur les coussins, les tapis, etc., et devenant ainsi l'origine de contagions. M. Netter a fait remarquer qu'en 1894 des mesures avaient déjà été prises par la compagnie du Nord qui mettait à la disposition des diphtériques se rendant à Paris pour l'inoculation, des wagons spéciaux qu'on désinfectait à l'arrivée. Mais ce n'est pas seulement à l'égard des coqueluchéux et des diphtériques qu'une telle mesure s'impose. MM. Netter, Comby et Sevestre ont demandé qu'on généralisât pour toutes les maladies contagieuses les mesures d'isolement dans les chemins de fer, et une commission a été nommée pour étudier cette question.

Il est en effet absolument déplorable, que les voyageurs sains soient exposés à rester enfermés durant de longues heures avec des malades qui ne prennent souvent aucune des précautions nécessaires pour éviter la transmission de la maladie contagieuse dont ils sont atteints, et qui répandent autour d'eux les germes morbides sans qu'aucune loi, aucune ordon-

Digitized by Google

nance protège les individus sains. Après le voyage, le compartiment n'est pas désinfecté, et les nouveaux voyageurs qui y pénètrent peuvent à leur tour être contagionnés.

La création de compartiments d'isolement à désinfection facile et rigoureuse s'impose donc dans les chemins de fer. Que si l'on objecte à cette création que les malades refuseront de monter dans les compartiments spéciaux par crainte de contamination nouvelle, ou par fausse honte, il me semble que les Compagnies, offrant aux voyageurs des locaux affectés à l'isolement, seront en droit de l'imposer aux malades ; ainsi, de même que la création des compartiments de fumeurs permet l'interdiction absolue de fumer dans les compartiments ordinaires, la création des compartiments de contagieux pourra permettre l'interdiction absolue de cracher sur le sol des autres wagons et autorisera les agents à faire descendre de ces wagons un voyageur qui refuserait de se conformer à la prescription hygiénique. Peu à peu, à force de voir les précautions prises autour d'eux, et les bons résultats de l'hygiène, les plus récalcitrants feront leur instruction, et commenceront à considérer comme une action malhonnête et comme un véritable délit, l'action de contagionner sciemment leurs semblables dans un wagon de chemin de fer, comme dans une voiture ou tout autre lieu public.-E.-L.-M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'inoculabilité de la tuberculose humaine et les idées de M. Robert Koch sur cette tuberculose et la tuberculose animale. — M. Arloing. On se rappelle qu'au récent congrès de Londres contre la tuberculose, M. Koch, dans une communication qui souleva une vive émotion, repoussa l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine, ainsi que les mesures prises contre certains produits alimentaires suspects, parce que les bacilles humains n'infectent pas le bétail, contrairement aux bacilles d'origine bovine, et que la tuberculisation de l'homme par les bacilles animaux est douteuse, et, dans tous les cas, extrêmement rare.

Telles étaient du moins les conclusions ressortant des expériences du savant allemand.

M. Arloing s'est préoccupé de vérifier ces résultats et de rechercher si la tuberculose humaine ne peut être transmise au bétail. A l'aide d'inoculations intra-veineuses de cultures pures de bacilles d'origine humaine, il est parvenu à donner la tuberculose, sous certaines formes, à 23 animaux (veaux, taurillons, moutons, chèvres, ânes), réputés non tuberculisables par M. Koch.

Il y a donc lieu de persister à admettre l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacille de Koch.

Il est utile de maintenir dans une sage mesure les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de recéler le bacille de la tuberculose. (*24 décembre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pleurésie diaphragmatique tuberculeuse. — M. Claude. Les pleurésies diaphragmatiques sont toujours d'un diagnostic difficile, quand elles ne se présentent pas avec la symptomatologie classique. Les pleurésies latentes et celles dont les symptômes sont frustes ou à peine ébauchés méritent donc de fixer l'attention. Le cas suivant rentre dans cette catégorie.

Il s'agit d'un homme âgé de 61 ans, se plaignant d'une lassitude extrême et d'un hoquet incessant, de vomissements, de douleurs au creux épigastrique. Le ventre est météorisé, le foie déborde les fausses côtes, langue sèche ; fièvre très faible ; quelques râles de congestion aux bases des poumons, urines normales. Pas de toux ni de dyspnée.

Quelques heures après l'entrée du malade à l'hôpital, on constata à la base gauche du thorax les signes d'un épanchement pleural. Une ponction évacua 350 gr. de liquide séro-fibrineux légèrement hémorrhagique. L'examen histologique révéla la nature tuberculeuse du liquide. Dès lors, les événements se précipitèrent ; le liquide se reproduisit, la fièvre s'alluma et le malade succomba au milieu des signes d'une méningite tuberculeuse.

A l'autopsie, on trouva de nombreuses granulations tuberculeuses sur la plèvre diaphragmatique, sur tout le péritoine pariétal, et sur la pie-mère.

Etat des réflexes dans l'hémiplégie récente. — M. Touche. Le début de l'hémiplégie est marqué par une exagération du réflexe patellaire qui peut s'étendre au côté sain. Le réflexe plantaire est également exagéré dès le début de l'hémiplégie et il s'accompagne d'extension des orteils du côté paralysé.

Au bout d'un certain temps, qui peut varier de quelques heures à quelques jours, l'exagération du réflexe patellaire fait place à l'abolition.

Le même phénomène se passe pour le réflexe plantaire et pour l'extension des orteils, mais la disparition du signe de Babinski est moins précoce et retarde parfois de plusieurs jours sur l'abolition du réflexe patellaire. Le plus habituellement la mort survient avant que le signe de Babinski ait entièrement disparu. La coexistence chez un hémiplégique de l'abolition du réflexe patellaire et de la présence du signe de Babinski constitue une association dont le pronostic est grave ; du reste cette association symptomatique s'accompagne d'ordinaire d'un coma complet et d'une forte élévation de température.

L'apparition immédiate de l'abolition du réflexe patellaire, sans coexistence du signe de Babinski, avec conservation d'un bon état général et absence de température, caracté-

Digitized by Google

riserait les hémiplégies transitoires, entièrement curables, que l'on rencontre parfois chez certains vieillards artério-scléreux.

Quand l'hémiplégie frappe un malade, qui, du fait d'une affection cérébrale ou médullaire antérieure, présentait une exagération des réflexes, cette exagération persiste, et peut-être même s'accroît au début de l'hémiplégie, pour diminuer et se transformer en abolition par la suite, exactement dans les mêmes conditions que chez les sujets à reflexes normaux.

Si le malade présentait une abolition des réflexes, l'hémiplégie au début fait reparaître les réflexes, qui s'abolissent de nouveau, toujours comme chez les sujets à réflexes normaux.

Les cas qui ont été suivis d'autopsie portent à croire que l'exagération des réflexes au début de l'hémiplégie est en relation avec une hémorrhagie médiocre exerçant sur les fibres pyramidales une action simplement irritative, tandis que l'abolition finale, accompagnée de coma et d'hyperthermie, indiquerait une destruction totale et complète des fibres pyramidales.

La paralysie périodique familiale. — MM. Oddo et Audibert, de Marseille. On peut définir ce syndrome fort rare ; un état le plus souvent héréditaire, caractérisé par une perte transitoire, périodique, plus ou moins généralisée, des mouvements volontaires avec suppression des réflexes tendineux et troubles profonds des réactions électriques, sans atteinte de la sensibilité et de l'intelligence.

Dans la même famille, les attaques de cette forme de paralysie se multiplient parfois avec une fréquence remarquable.

Le début de l'affection a lieu dans la jeunesse. Aucune autre influence étiologique ne mérite d'être notée.

L'attaque se produit le matin, au réveil, pendant le repos musculaire, parfois précédée la veille d'engourdissement, de faiblesse dans les membres.

Au réveil, dans les grandes attaques, le malade se trouve tout à coup dans l'impossibilité de faire aucun mouvement. Il gît inerte dans son lit. La paralysie est absolue, s'étend à tous les muscles du corps, sauf aux muscles de la peau, qui sont toujours respectés. La parole, la déglutition, la respiration par le diaphragme sont conservées.

La miction est devenue difficile, bien que les sphincters soient respectés. La défécation est impossible par la suppression de tout effort.

La sensibilité est intacte, la température normale.

La réflectivité tendineuse est supprimée au même titre que la motricité volontaire.

Les réactions à l'électricité faradique ou galvanique sont complètement supprimées, ou tout au moins très diminuées, quoique les malades aient conservé la sensibilité électrique.

Cette situation se prolonge toute la journée ; vers le soir, ou le lendemain, les mouvements commencent à reparaître, aux extrémités d'abord, puis dans les muscles de la continuité des membres et du tronc. Les réflexes reparaissent en même temps que la motricité volontaire et que les réactions électriques. En quelques heures, la crise se termine alors ; et rien ne persiste plus de ces troubles fonctionnels si profonds.

Les fonctions musculaires restent normales dans l'intervalle de ces grandes attaques ; toutefois cette période intercalaire est souvent interrompue par de petites attaques, sortes de parésies limitées à un groupe musculaire et de très courte durée (un quart d'heure à quelques heures).

L'apparition brusque d'une paralysie généralisée ne respectant que les muscles de la face, sa disparition en 24 ou 48 heures, la suppression des réactions électriques et des réflexes, l'absence de troubles sensitifs et psychiques, l'intégrité des sphincters, sont autant de traits qui permettent de distinguer la paralysie familiale de toute autre affection nerveuse.

En l'absence de toute autopsie, il est impossible de préciser la nature de cette myopathie fonctionnelle.

Nous avons vu que les crises se dissipent d'elles-mêmes. L'emploi de la gymnastique suédoise, le massage musculaire, l'application régulière de courants continus le long des masses musculaires permettront peut-être d'éviter le retour de ces attaques de paralysie transitoire.

Endocardite mitrale végétante avec aortite ulcéreuse et début d'anévrysme embolique de l'aorte abdominale. MM. Huchard et Bergouignan. (Voir page 4).

Nouveau cas de tétanos traité par la méthode de Baccelli (injections d'acide phénique), disparition des contractures, pneumonie secondaire, mort. — MM. Enriquez et Bauer. Il s'agit d'une malade de 66 ans, qui, à la suite d'une petite plaie suppurée à l'index gauche, a commencé à ressentir, après dix jours d'incubation environ, des douleurs lancinantes très vives de la racine du bras du même côté et de la nuque : aussitôt après, en trois à quatre jours, les symptômes marqués du tétanos apparaissent : accès de contracture douloureuse des muscles de la nuque, trismus progressif, accès de suffocation, pas de fièvre cependant, mais pouls rapide à 96. Sous nos yeux en quarante-huit heures les contractures gagnent la face, s'étendent aux muscles de la ceinture scapulaire des deux côtés, gagnent le dos, et enfin les membres inférieurs, qui sont raides comme des barres de fer. Le pouls monte à 100, sans qu'il y ait de température : crises de dyspnée et de vomissements. Il s'agit donc bien d'un cas de tétanos aigu, avec troubles bulbaires (dissociation de la température et du pouls, crises de dyspnée, vomissements).

Or, s'il est de notoriété courante qu'un certain nombre de cas de tétanos peuvent guérir chez l'homme spontanément, ces cas se rapportent en général soit à des sujets chez lesquels l'infection tétanique a évolué d'une façon subaiguë, à la suite, d'ailleurs, d'une incubation également fort longue ; soit encore à des malades qui ont pré-

Digitized by Google

senté la forme de tétanos dite médicale ou encore rhumatismale, *a frigore*, malades chez lesquels l'investigation la plus minutieuse ne permet de découvrir aucune porte d'entrée à l'infection, ni sur les muqueuses ni sur la peau.

Notre cas ne répond ni à l'un ni à l'autre de cette double catégorie de tétanos, à pronostic relativement bénin et à terminaison parfois favorable. Il s'agissait, au contraire, comme on l'a vu, d'un tétanos consécutif à une plaie suppurée de l'index, et l'on sait combien cette localisation de la porte d'entrée comporte avec elle une aggravation réelle du pronostic. D'autre part, les contractures, qui portaient pendant les deux premiers jours de l'observation exclusivement sur les muscles de la nuque et ceux de la mastication, se sont généralisées sous nos yeux, en quarante-huit heures, s'accompagnant de phénomènes bulbaires : il s'agissait donc bien d'un cas de tétanos aigu.

Or, si l'on suit, jour par jour, la marche de la maladie, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que la médication chloralée, 8 gr. par jour en lavement, ainsi que le sérum antitétanique, employés pendant les quatre premiers jours de notre observation, n'ont influencé en rien la marche progressive des contractures. Le cinquième jour, nous prescrivons en même temps deux injections sous-cutanées de deux centimètres cubes de solution phéniquée à 2 p. 100, ce qui correspond à 8 centigrammes d'acide phénique : le sixième jour, on double la dose, on prescrit 16 centigrammes en quatre injections, et comme malgré ce nouvau traitement les contractures s'étaient généralisées aux membres inférieurs, le 25 nous modifions le traitement en ce sens que nous faisons une saignée préalable de 150 grammes, et que nous injectons ensuite deux fois dans la journée 3 centimètres cubes de la solution phéniqué, à 2 p. 100, c'est-à-dire 6 centigrammes d'acide phénique mais dilués chaque fois dans une injection de sérum artificiel de 200 grammes. Le 26, même traitement après une saignée de 250 grammes. Le lendemain 27 : amélioration sensible ; d'une façon générale, la contracture a diminué ; la malade ouvre mieux la bouche, et peut en partie tirer la langue.

Les jours suivants, on continue les injections d'acide phénique diluées dans du sérum artificiel, sans pratiquer de nouvelle saignée ; l'amélioration va en s'accentuant jusqu'à la disparition complète des contractures. Ce jour-là, on fait un examen d'urine ; elle ne contient ni matière colorante du sang, ni albumine. A partir de ce moment, la malade accuse des symptômes respiratoires nouveaux ; le mouvement fébrile qui avait déjà commencé à se dessiner, 37°8 à 38, à la suite des injections d'acide phénique, s'élève à 39°2, s'accompagnant de phénomènes fonctionnels indiquant une localisation pulmonaire à la base droite. Après des alternatives diverses, la résorption du foyer pneumonique traîne, et l'expectoration abondante de la malade prend les caractères qui nous font soupçonner une hépatisation grise, ce que l'autopsie ne tarde pas à confirmer.

Nous ajouterons, ce qui en l'espèce peut avoir une certaine importance, que la ponction lombaire, pratiquée dès l'apparition des premiers symptômes pulmonaires, a donné des résultats absolument négatifs.

Evidemment, à la lecture attentive de la succession des faits chez notre malade, on ne peut se défendre de constater l'amélioration progressive des contractures jusqu'à leur disparition complète, à la suite des injections d'acide phénique, alors que, comme nous l'avons déjà rappelé, le chloral et le sérum antitétanique, employés dès les premiers jours, n'avaient procuré aucun soulagement. Bien plus, alors que les injections sous-cutanées d'acide phénique pratiquées pendant deux jours ne semblaient pas avoir amélioré notre malade, tout à coup, et pour ainsi dire brusquement, coïncidant avec la modification que nous avions apportée au traitement de Baccelli (saignée préalable et injections d'acide phénique dilué dans du sérum artificiel), l'amélioration survient et très rapidement les contractures disparaissent : y a-t il là plus qu'une simple coïncidence ? C'est ce que nous ne pouvons affirmer.

Tels sont les faits ; quelle conclusion doctrinale peut-on en tirer ? Il est évident que si la guérison de ce cas de tétanos aigu et de pronostic grave peut être attribuée avec une certaine vraisemblance à notre médication, ce n'est ni au chloral, ni au sérum antitétanique que le mérite en revient. Il n'en est pas de même du traitement phéniqué, qui a déjà donné des résultats surprenants dans un grand nombre de cas cliniques. Courmont et Doyon, dans leur livre sur le tétanos, qui date de 1899, citent une quinzaine d'observations, auxquelles sont venus s'ajouter depuis un grand nombre d'autres cas publiés surtout en Italie, en Autriche et en Allemagne.

Cette observation nous permet donc de conclure qu'il est rationnel, en dépit des résultats expérimentaux, très intéressants d'ailleurs, de MM. Courmont et Doyon et de M. Josias, d'essayer le traitement phéniqué dans chaque nouveau cas de tétanos qui se présentera en clinique : cet essai sera d'autant plus légitime que cette méthode ne présente aucun inconvénient. Peut-être aussi y aurait-il avantage, comme nous l'avons fait, à remplacer les simples injections phéniquées par une saignée suivie de grandes injections de sérum physiologique, dans lequel on dilue la même quantité d'acide phénique.

BIBLIOGRAPHIE

L'immunité dans les maladies infectieuses, par Elie Metchnikoff, professeur à l'Institut Pasteur, membre étranger de la Société royale de Londres. 1 vol. gr. in-8° avec 45 figures en couleurs dans le texte (Masson et Cie éditeurs). 12 francs.

En 1883, M. Metchnikoff, poursuivant ses études de morphologie et de de physiologie comparées, a mis en relief le rôle des cellules amboïdes du mésoderme. Il les a montrées capables de saisir les éléments variés étrangers ou non à l'organisme, et de

Digitized by Google

les digérer dans leur intérieur. Il expliquait par l'activité de ces cellules le mécanisme des atrophies et de la réaction inflammatoire. Dès cette époque, M. Metchnikoff faisait prévoir le rôle prépondérant de ces cellules dans la défense de l'organisme contre les microbes et dans l'immunité contre les maladies infectieuses. Depuis, il n'a cessé de développer cette doctrine de la phagocytose qui a soulevé tant d'objections et autour de laquelle ont été livrées toutes les batailles sur l'immunité. La doctrine a résisté à tant d'attaques et aujourd'hui elle n'a plus d'adversaires de principe. Le livre de M. Metchnikoff vient donc à son heure ; il réunit le nombre immense de faits découverts dans le cours des études sur l'immunité et il montre comment la doctrine phagocytaire se montre seule capable de les expliquer. Cet ouvrage, de même que celui publié par le même auteur sur l'*Inflammation*, marque une date dans notre évolution scientifique.

ACTUALITÉ

La vie médicale

Toujours à l'affût de plaire et de répondre aux désirs de ses lecteurs, notre directeur, M. le Dr Huchard a adressé aux abonnés du *Journal des Praticiens*, et sous forme de circulaire, une demande de renseignements et de conseils. La ligne de conduite adoptée par le journal répond-elle bien à son titre? Guide-t-elle le lecteur dans les chemins de la pratique et d'une pratique médicale à la fois prudente et ferme, qui redoute avec autant de raison l'attrait des nouvelles hâtives et insuffisamment contrôlées que la prudence timorée qui retient son homme dans l'ornière. — Le lecteur du *Journal des Praticiens*, est-il assuré de trouver dans ses pages un conseiller avisé et qui tient le juste milieu entre l'audace inconsidérée et l'inertie du *statu quo* Les lecteurs à l'unanimité ont répondu : Oui. Ils se déclarent satisfaits, mais émettent le vœu de certaines modifications dans la composition des articles. Un grand nombre désirent, toutes les semaines, quelques renseignements non plus sur les faits scientifiques eux-mêmes, mais sur les circonstances diverses qui peuvent intéresser le médecin aux prises avec sa carrière. C'est afin de remplir ce souhait que nous insérerons, le plus souvent possible, sous cette rubrique : La vie médicale, des considérations sur notre profession, les incidents qui la traversent, les luttes et les déboires du praticien et aussi sur les événements, quels qu'ils soient, qui se rattachent par un côté à l'exercice de la médecine.

L'heure actuelle est grave pour le médecin et son avenir s'y dessine. Les tendances politiques actuelles tendent de plus en plus à subordonner les avantages de l'individu aux intérêts de la communauté. La liberté du médecin menace de sombrer devant les revendications sociales. On a accordé l'instruction gratuite, on commence à parler de la santé gratuite. De même que les instituteurs et professeurs divers de l'esprit, les médecins seront-ils enrégimentés demain à titre d'éducateurs ou de gardiens de l'enveloppe physique? Seront-ils considérés comme fonctionnaires? Des journaux avancés ont déjà émis l'idée d'une affectation différente du budget des cultes. Des prêtres il passerait aux médecins. Au lieu d'un desservant par paroisse, il y aurait un médecin par demi-douzaine de villages, le traitement supprimé des desservants étant rassemblé en une seule somme et reporté sur la tête du confrère. Pareille modification s'opèrera-t-elle jamais et assisterons-nous à cette surprise? Avouons qu'elle nous prendrait bien au dépourvu. Aucun groupement, aucune entente entre les membres du corps médical. Le gouvernement aurait vite fait de venir à bout des résistances individuelles et morcelées qu'il pourrait rencontrer.

D'autre part et sans même anticiper sur l'avenir, quelle situation est la nôtre? Le monde moderne ouvre l'ère scientifique; les médecins y sont appelés aux premiers rôles. Ils ne tarderont pas à remplacer dans le respect des masses le culte réservé aux prêtres. Au moyen-âge, époque de foi religieuse, succède après trois siècles de renaissance dans les arts et les lettres et comme couronnement suprême, la restauration des sciences et la croyance en elles. On ne rit plus de la médecine; adieu les médecins de Molière. Le théâtre s'occupe de nous, mais la plaisanterie a disparu Nous sommes grands et notre âme est noble ou bien nous faisons peur. Telle est la double note portée sur la scène. Conçue dans le sens élogieux ou formulée en termes malveillants, elle entraîne la signification évidente de l'importance qui nous est attribuée. Notre force et notre puissance sont reconnues du public. Nous sommes seuls, nous les intéressés, à ne pas profiter de la place d'honneur qui nous est faite. C'est de la candeur d'âme et une modestie sans égale.

Les politiciens, eux, ne sont pas retenus par de pareils scrupules. Ils s'abattent sur notre pays comme une nuée de sauterelles. Que leur importe que leurs fonctions agitées et bavardes soient en contradiction avec les qualités de réflexion et de sagesse commandées par la gravité scientifique du milieu? Ils gesticulent, pérorent, déchaînent les tempêtes politiques, et après des fureurs de mouvement et de passion, ne sont pas plus avancés qu'avant.

En écrivant les *Morticoles*, Léon Daudet avait bien senti le ridicule de pareils maîtres. Il prévoyait le pouvoir prochain des médecins. En quoi il avait raison Son erreur n'atteignait que les conséquences de sa prédiction. Du règne futur des médecins il peignait un tableau grotesque, caricatural, poussé dans une touche invraisemblable et sombre

A nous de démontrer que si nous ne sommes pas les affreuses gens qu'il certifie, et les qualités de dévouement et de désintéressement possédées par la plupart de nous en sont la preuve; d'autre part nous nous tenons prêts à engager le bon combat et à prendre d'assaut la position prépondérante qui nous est due. Pour aboutir, il suffit d'un groupement ferme et d'une entente résolue. Il n'est pas impossible de les obtenir. — C. F.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. (Cours de vacances). — Dr Mauclaire

Ulcère perforé du duodenum

Nous avons eu, salle Malgaigne, dans le service de M. le professeur Le Dentu, que je remplace en ce moment, un malade atteint d'un ulcère du duodenum, affection rare, difficile à diagnostiquer et à traiter.

Dans la nuit du 8 au 9 août 1901, notre malade a brusquement senti une douleur violente, d'abord localisée entre les fausses côtes droites et l'ombilic, mais rapidement irradiée à tout l'abdomen. Quelques vomissements alimentaires ont suivi et le malade est entré dans un service de médecine. La situation n'a pas paru alarmante tout d'abord et le diagnostic est resté en suspens. Le lendemain, la douleur a persisté, les vomissements ont cessé, mais l'état général s'est très aggravé. C'est à ce moment, 36 heures après le début, que nous avons été appelé pour donner notre avis.

Le facies du malade était profondément altéré, le teint plombé, les yeux excavés et cerclés de noir, le nez effilé et refroidi, les lèvres trémulentes, la langue un peu sèche, la voix faible et cassée. La peau du thorax et des cuisses était déjà un peu marbrée, les extrémités légèrement violacées et refroidies. Le pouls était rapide, petit, fuyant, et la température à 36° 8 seulement.

L'abdomen modérément ballonné et sans asymétrie était dur, impossible à explorer à cause d'une sensibilité exquise de toute la paroi abdominale, hyperesthésie qui a toujours pour conséquence la contracture vigilante des muscles. Le malade ne rendait plus de gaz par l'anus, les vomissements avaient cessé et les urines se réduisaient à quelques grammes.

On aurait pu penser à une occlusion intestinale. Mais nous ne trouvions pas le ventre assez ballonné; la réaction péritonéale avait été trop brusque, l'intoxication était trop profonde à 36 heures du début et nous fîmes le diagnostic de péritonite septique généralisée consécutive à une perforation du tube digestif ou de ses annexes.

Pour que notre diagnostic fût complet, il nous fallait connaître le siège de la perforation et les quelques renseignements que nous donna le malade, ne nous furent pas d'un grand secours.

Exerçant la profession d'ajusteur en cuivre et de plombier, il avait eu quelques coliques saturnines. Il avait sur les genoux de larges cicatrices de brûlures qui n'attirèrent pas notre attention (ceci pour vous rappeler que les vastes brûlures peuvent produire des ulcérations intestinales avant leur cicatrisation).

En résumé, notre malade avait toujours été assez bien portant, il n'avait jamais été soigné pour une affection gastrique ou intestinale. Toutefois, pendant les 8 jours qui avaient précédé son entrée à l'hôpital, il avait eu de la diarrhée, mais il ne put nous dire s'il existait dans ses selles des liquides rouges ou noirs pouvant faire penser à une entérorrhagie.

L'histoire clinique ne nous permettait donc pas de préciser le siège de la perforation, mais nous penchions vers l'appendicite perforante, parce que la douleur avait débuté à droite, et surtout parce que c'est l'affection de beaucoup la plus fréquente.

Que convenait il de faire à ce malade? La mort à bref délai étant presque toujours la terminaison naturelle de ces péritonites septiques généralisées, que pouvions-nous espérer d'une intervention chirurgicale? Les résultats, je dois vous le dire, sont peu encourageants et c'est pour ne pas priver les malades d'une chance inespérée de salut que les chirurgiens se résignent à faire une cœliotomie *in extremis*.

Je fis pratiquer immédiatement l'opération par mon excellent interne, M. Godineau. Une incision au niveau de la fosse iliaque droite donna issue à une quantité considérable d'un liquide qui frappa par sa coloration : il était assez fluide et d'un vert rappelant les vomissements porracés. Pareil liquide paraissait ne pouvoir venir que des voies biliaires. L'appendice situé au voisinage immédiat de l'incision ne présentait aucune lésion; les anses intestinales et le grand épiploon n'adhéraient pas à la paroi abdominale; les anses étaient rouges et recouvertes de rares fausses membranes les agglutinant entre elles. A ce moment, il ne fallait pas songer à faire une plus longue intervention, la respiration étant superficielle et le pouls misérable, à peine perceptible. Aussi, un gros drain fut placé dans le cul-de sac vésico-rectal, un autre sous la face inférieure du foie et l'opération fut rapidement terminée par une autre incision dans la fosse iliaque gauche avec drainage.

Le malade est mort 16 heures après l'opération, 55 heures après le début des accidents. Or, voici les surprises que nous a révélées l'autopsie :

Les anses intestinales rouges, recouvertes de quelques fausses membranes baignaient dans un liquide abondant, verdâtre, qui avait traversé le pansement. Les voies biliaires étaient absolument intactes et ce n'est qu'avec difficulté que nous avons pu voir le liquide sourdre sous la face inférieure du foie au niveau du duodenum.

Nous pouvons, sur les organes conservés dans le

(1) Leçon recueillie par M. Godineau, interne du service.

Digitized by Google

formol, étudier maintenant, devant vous, les lésions. La perforation siège sur la face antérieure de la première portion du duodénum, à 2 centimètres de la valvule pylorique. Vue par la face péritonéale, la perforation est arrondie, à bords amincis, et mesure 6 millimètres de diamètre. Vue par la face muqueuse, la perforation siège au fond d'un cratère dont les bords durs, calleux, cicatriciels, sont en relief sur la muqueuse saine. L'ouverture du cratère mesure 12 millimètres de diamètre, tandis que la perforation qui s'est faite sur le fond très aminci, est plus étroite. Le duodenum et l'estomac ne présentent pas d'autres ulcérations. Au voisinage immédiat de la perforation, il n'y a pas de fausses membranes sur le péritoine et l'ouverture s'est faite d'emblée dans la grande cavité péritonéale.

Observerez-vous souvent l'ulcère du duodénum ? Je ne le crois pas? M. Letulle, cependant, dans un article de la *Presse Médicale* (1894) croit que les ulcérations du duodenum sont beaucoup plus fréquentes que ne le disent les auteurs ; mais ces ulcérations en voie d'évolution ou cicatrisées que l'on trouve lorsqu'on examine systématiquement le duodenum au cours des autopsies, ne sont probablement pas des ulcères en miniature, pas plus que les ulcérarations gastriques ne sont toutes le début d'ulcères de Cruveilhier. Grünfelt, sur 1150 cadavres, n'a trouvé que 4 ulcères du duodenum et cette affection serait 15 fois moins fréquente que l'ulcère gastrique.

On l'observe surtout après 20 ans, et 8 fois sur 10 chez l'homme.

Collin, dans sa thèse de 1894, a colligé 262 cas avec autopsies : il a trouvé 242 fois l'ulcère à moins de 5 centimètres de la valvule pylorique et plus particulièrement sur la face antérieure. C'est donc une affection essentiellement juxta-pylorique. Toutefois dans un cas intéressant de M. Schwartz l'ulcère était près de l'ampoule de Vater.

83 fois 0/0 l'ulcère était unique, contrairement à celui de l'estomac, qui est assez souvent multiple.

La forme rappelle celle de l'ulcére de l'estomac ; elle est arrondie, elliptique. Mais ses dimensions sont moindres et comparables à une pièce de 0 fr. 20.

Les bords sont en gradins comme si la nécrose frappait par temps successifs les diverses couches constitutives de la paroi, et, dans son ensemble, l'ulcère a la forme d'un entonnoir dont le sommet est proche du péritoine. Lorsque l'ulcère est cicatrisé, les bords sont durs, calleux, hypertrophiés, et la rétraction cicatricielle peut diminuer le calibre de l'intestin.

La marche progressive de l'ulcère peut, après la formation d'adhérences, aboutir à l'ouverture de nombreux vaisseaux de la région, et plus particulièrement des artères pancréatico-duodénale, gastro-épiploïque droite, hépatique, en donnant lieu à des hémorrhagies assez souvent mortelles. Mais, c'est surtout vers la cavité péritonéale que l'ulcère progresse. Celui de la 1re portion, le plus fréquent du reste, devient facilement perforant lorsqu'il siège sur la face antérieure. Dans la moitié des cas, l'ulcère aboutit à la perforation et c'est le plus souvent dans la zone juxta-pylorique, assez facilement accessible, que le chirurgien devra chercher l'orifice. La péritonite aiguë généralisée est souvent la conséquence de l'ouverture de l'intestin ; mais si le péritoine a pu réagir avant la destruction complète de la paroi intestinale, la perforation se trouve oblitérée par l'épiploon adhérent ou la vésicule biliaire, ou bien il se forme une péritonite circonscrite avec abcès s'ouvrant à l'extérieur, ou secondairement dans la grande cavité séreuse.

L'ulcère peut-il se cicatriser complètement ?

Assurément et la guérison s'observe; mais, par suite de l'étendue ou de la multiplicité, le calibre de l'intestin peut être considérablement diminué et l'estomac se dilate consécutivement. Le rétrécissement duodénal par rétraction cicatricielle d'un ulcère guéri n'est pas rare (Wilms). Il faut, en outre, savoir qu'un nouvel ulcère peut, ultérieurement, entraîner la mort.

La *symptomatologie* de cette grave affection a été longtemps confuse et les symptômes cardinaux, qui rappellent ceux de la maladie de Cruveilhier, n'ont été bien étudiés dans toutes leurs modalités que depuis peu, et, en particulier, par Bucquoy.

On pourrait admettre une *forme clinique complète*, une *forme hémorrhagique* et une *forme latente*.

Dans la *forme clinique complète*, la *douleur*, quand elle existe, siège à droite de la ligne médiane, entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic ; elle s'irradie assez rarement dans le flanc et le dos. Lorsqu'elle est spontanée, elle survient généralement 3 ou 4 heures après le repas, au moment où le chyme stomacal acide franchit la valvule pylorique; elle affecte le caractère de brûlure, de douleur contusive, térébrante, ou de simples coliques. Elle peut être réveillée par la pression.

L'*hématémèse* est exceptionnelle, ce qui n'a rien de surprenant, et les vomissements alimentaires, lorsqu'ils existent, sont symptomatiques de dyspepsie gastrique.

Par contre, le *melæna* est très fréquent. Si l'hémorrhagie est abondante, le malade, quelques heures après le repas, pâlit subitement et présente les signes d'une hémorragie interne. Mais si l'hémorragie est lente et fractionnée, la coloration noirâtre des selles peut seule expliquer une anémie insolite. Il est pro-

Digitized by Google

bable que notre malade aurait constaté ce melœna s'il s'était mieux observé pendant les huit jours de diarrhée qui ont précédé la perforation de son ulcère.

Des symptômes bizarres ou exceptionnels ont été aussi signalés. L'*ictère*, entre autres, peut s'expliquer par la présence de l'ulcère au niveau de l'ampoule de Vater. Quant à la tumeur sous la face inférieure du foie, elle est exceptionnelle, due aux adhérences unissant les divers organes au voisinage de l'ulcère et fait penser à un cancer ou un gros ulcère calleux du canal pylorique.

La *perforation* se présente avec le tableau clinique de la péritonite perforante. Si, par exception, l'ouverture se fait dans une cavité isolée par des fausses membranes, c'est le tableau de la *péritonite circonscrite* avec, le plus souvent, formation d'un abcès sous-phrénique (Maydl). Mais généralement c'est le début à grand fracas, comme chez notre malade, avec douleur violente localisée d'abord dans l'hypochondre droit, s'irradiant bientôt à tout l'abdomen, avec vomissements, arrêt des matières et des gaz, contracture de la paroi abdominale, altération rapide de l'état général, etc., en un mot, c'est la *péritonite septique diffuse*. Quelques chirurgiens ont pu constater nettement que la matité hépatique était remplacée par du tympanisme dû à l'accumulation des gaz intestinaux dans la partie haute de l'abdomen Souvent à l'ouverture de l'abdomen il y a des gaz qui s'échappent du ventre.

Mais ne vous attendez pas à retrouver tous ces symptômes cardinaux chez vos malades. Dans la *forme hémorragique*, le melœna est le seul symptôme observé. L'ulcère du duodénum est une affection que l'on méconnaît trop souvent. Les autopsies révèlent parfois des ulcères cause de mort, ou des ulcères cicatrisés sans histoire clinique ; ces *formes latentes* sont assez fréquentes.

Si vous êtes en présence d'une forme clinique complète, vous devez faire le *diagnostic différentiel, avant la perforation et après la perforation*. Avant la perforation vous songerez à l'*ulcère du pylore*. Ici la douleur présente les mêmes caractères de moment et de siège, mais dans l'ulcère du pylore, les irradiations dorsales sont plus fréquentes, de même que les vomissements et l'hématémèse.

Lorsque la douleur est l'unique symptôme, on peut penser à la *colique hépatique*, aux *coliques de plomb*, et à bien d'autres affections, ce qui ne me permet pas d'insister sur un diagnostic différentiel trop schématique.

Enfin, dans ces formes latentes, où le premier symptôme est la douleur de la péritonite par perforation, on pense, suivant le siège de cette douleur, à une *appendicite* (1), à une *perforation de l'estomac ou de la vésicule biliaire*. Au point de vue du diagnostic, je veux citer ici encore simplement quelques affections bien exceptionnelles, telles que : l'ulcère simple perforant du tube digestif (2), l'occlusion aiguë du pylore par calculs biliaires, l'occlusion aiguë du duodénum (3), l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère (4), le rétrécissement sous-vatérien du duodénum (Wilms), etc., etc. Rarement le chirurgien émet l'hypothèse d'une perforation duodénale, mais l'erreur n'a aucune conséquence au point de vue opératoire, si l'état du malade permet une exploration suffisante de la cavité abdominale.

Si vous vous rappelez les conséquences tardives de la guérison de certains ulcères, vous ne vous hâterez pas de conclure à une sténose pylorique en présence d'une dilatation de l'estomac et la présence de sels biliaires dans les vomissements vous permettra, même dans quelques cas, de localiser la coarctation du tube digestif dans la région sous-vatérienne.

Le *pronostic* est très grave, car 13 0/0 des malades meurent d'hémorragie, et 50 0/0 succombent à la péritonite.

Pouvons-nous opposer un *traitement* efficace à une affection qui est mortelle dans les trois quarts des cas avant la perforation ?

Il est difficile de parler de *traitement médical* pour une affection dont le diagnostic est incertain. On pourrait, comme pour l'ulcère de l'estomac, soumettre les malades aux alcalins avec un régime sévère, dont les épices, les acides et les substances grossières seraient exclues. Mais c'est le plus souvent à l'occasion d'une complication que la thérapeutique intervient et l'affection est alors exclusivement du domaine chirurgical.

Contre la sténose cicatricielle pyloro-duodénale avec dilatation de l'estomac, nous avons une opération utile, la *gastro-entérostomie*, c'est-à-dire l'abouchement de l'estomac avec la 1re anse du jéjunum. Cadivilla fit même cette opération pour un ulcère duodénal non compliqué, Dans le cas de cicatrice empiétant sur le pylore, on pourrait songer à une *pyloroplastie*, ou à une pyloro-duodenoplastie (Durante); mais cette opération ne lève pas toujours l'obstacle définitivement et ne met pas à l'abri d'une récidive

(1) Voir *de Guerchouni*. Diagnostic des perforations de l'estomac et du duodenum avec l'appendicite, Paris, 1898.

(2) Voir *Abram*. Ulcère simple perforant du tube digestif, Thèse, Paris, 1899, et *Combes*, Thèse de Toulouse, 1897.

(3) Voir *Philippe*. De l'occlusion aiguë du duodenum, Thèse, Paris, 1899.

(4) Voir *Petit*. De l'étranglement du duodenum au niveau de la racine du mésentère. Thèse, Paris, 1900.

Digitized by Google

de l'ulcère ou du rétrécissement consécutif à fa cicatrisation.

Mais comme l'ulcère est perforant dans plus de la moitié des cas, c'est surtout à l'occasion d'une péritonite par perforation que le chirurgien intervient. Dans plus de la moitié des cas publiés, le chirurgien s'est contenté de drainer largement l'abdomen, parce que le siège de la perforation n'a pas été trouvé, ou parce que l'état du malade n'a pas permis de faire une plus longue intervention. Dans les autres cas, le chirurgien a fait la *suture* de l'orifice par plusieurs points séro-séreux, et lorsque cette suture a été impossible, par suite de la tension des tissus, l'orifice a été oblitéré par une portion d'épiploon, comme chez le malade de Landerer.

En 1897, dans sa thèse, Darras avait réuni 20 observations complètes d'intervention, et suivies de guérison dans trois cas. Schwartz, dans un rapport à la Société de Chirurgie, en janvier 1898, cite 22 cas de laparotomie. Dans 11 cas, l'ulcère duodénal n'a pas été trouvé, et les malades sont morts, malgré le drainage péritonéal. Dans 11 cas la perforation a été reconnue et suturée, et 3 malades seulement ont guéri de l'intervention. Sur ces 3 malades, celui de Dean est mort au bout de 2 mois d'occlusion intestinale par bride, celui de Landerer est mort au bout de 5 mois par évolution d'un nouvel ulcère, celui de Dunn est seul resté définitivement guéri après avoir eu un abcès sous-phrénique. Si l'on considère que beaucoup de malades ont été opérés tardivement et que les cas de guérison concernent des malades opérés moins de 48 heures après la perforation, il est permis de croire qu'une intervention encore plus précoce, donnerait un plus grand nombre de guérison, comme dans les cas de perforation de l'estomac.

Si la perforation était difficilement accessible et partant la suture un peu longue à pratiquer, il ne faudrait pas hésiter à se contenter du tamponnement de la région. Cette simple manœuvre nous a réussi dans ce même service il y a quatre ans, pour un ulcère pylorique perforé compliqué de péritonite généralisée et que M. Le Dentu m'avait fait opérer en se basant sur un ensemble de symptômes qu'il exposa à l'Académie de médecine.

Lennander (d'Upsal), a rapporté, en 1899, au 26e Congrès de chirurgie allemande, 3 cas, dont un fut suivi de guérison opératoire.

Les cas rapportés depuis par Routier, Tuffier, Michaux à la Société de chirurgie, n'ont pas été suivis de guérison, et les quatre cas rapportés depuis à la Société anatomique, n'ont pas non plus amélioré la statistique opératoire !

Wanach (Archiv. f. Klin, chirurgie, tome 56, 1898), a rapporté un cas de guérison — la région perforée avait été oblitérée avec le ligament hépato-duodenal.

L'an dernier, Wair, dans un excellent article du *Médical record* du 5 mai, a colligé 51 cas opérés ; sept fois seulement ils ont été suivis de guérison. Dans ces sept cas l'opération avait été faite dans les 30 heures qui suivirent le début des accidents, soit une mortalité de 86 0/0. Mais cette statistique globale comprend des cas bien différents.

Récemment cependant, en février 1901, Abbe (de New-York), fit la suture de l'ulcère 27 heures après le début et il guérit son malade. (*Médical record*, 2 mars 1901.) Et voilà la mortalité opératoire descendue à 84 0/0. En somme, dans ces 52 cas l'ulcère fut trouvé et suturé 25 fois. Dans tous les autres cas où l'ulcère ne fut pas trouvé, le malade mourut.

Vous voyez, Messieurs, que jusqu'à présent, le traitement chirurgical des complications de l'ulcère du duodenum, n'a que peu modifié le pronostic redoutable de cette affection. C'est avant l'apparition des complications qu'il faudrait traiter l'ulcère, mais il faudrait d abord surmonter partiellement les difficultés du diagnostic en pensant au duodenum un peu plus souvent.

Si le diagnostic nous paraissait probable, ce n'est pas au traitement médical, qui n'est, à notre avis, qu'un pis aller, que nous aurions recours, mais à l'intervention chirurgicale qui serait exploratrice et curative. La gastro-entérostomie que quelques médecins admettent comme traitement de l'ulcère gastrique en évolution, mettrait également le duodenum à l'abri de toute irritation, permettrait à l'ulcère de se cicatriser et préviendrait une récidive. L'excision de l'ulcère suivie de suture serait néanmoins le traitement idéal.

THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE

Arthritisme et uricémie

Par H. Huchard, *de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Necker.*

D'un travail, intéressant comme tout ce qu'il écrit, M. Comby (*Arch. de méd. des enfants*, janvier 1902), publie la première partie sur « l'arthritisme chez les enfants ». Il décrit successivement l'habitus extérieur, le lymphatisme et l'anémie arthritiques, les manifestations de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire, du système nerveux.

Au sujet de l'*arthritisme cardio-vasculaire*, M. Comby fait mention très judicieusement des grandes variations dans le pouls, de la bradycardie,

Digitized by Google

de l'arythmie, de la tachycardie, de l'éréthisme cardiaque décrit à tort sous le nom « d'hypertrophie cardiaque de la croissance », des lipothymies, des syncopes, etc., et il ajoute : « On ne peut pas dire *cœur uricémique*, car on n'a pas la preuve d'une altération humorale de l'organe, d'une dystrophie du myocarde, d'une intoxication par les urates... »

A ce sujet, M. Comby me permettra de dire que je ne suis pas de son avis, et que je le crois dans l'erreur.

Inutile de taire plus longtemps le nom du coupable du « cœur uricémique »,... Le coupable, c'est moi. J'en ai parlé, il y a près de trois ans, au Congrès de médecine de Lille dans mon rapport sur les myocardites chroniques. Au sujet du diagnostic des pseudo-myocardites (page 205), je m'exprime ainsi :

« Il existe un *cœur uricémique* lequel, sans lésions encore du myocarde, peut faire croire à l'existence de celles-ci, parce que le syndrôme myocardique (troubles rythmiques du cœur, tendance à la cardiectasie, dyspnée et troubles respiratoires) se trouve parfois réalisé. L'acide urique est un agent vaso-constricteur, comme Haig (1891) l'a démontré, et comme je l'ai souvent constaté.... Lorsqu'on voit survenir des troubles cardiaques caractérisés par des palpitations plus ou moins violentes avec quelques intermittences et une légère arythmie, par une angoisse précordiale, de la dyspnée, une tendance à la cardiectasie — tous phénomènes consécutifs à une vaso-constriction généralisée que démontre la pâleur du visage et des tissus — on ne devra pas admettre l'existence d'une cardio-sclérose ou d'une myocardite, pas plus que des phénomènes réflexes (dont on a tant abusé) consécutifs à des troubles gastro-intestinaux généralement absents ou d'une importance secondaire. J'ai vu souvent commettre cette erreur, raison pour laquelle l'attention doit être portée sur ces faits dont l'importance thérapeutique est évidente. »

Je ne retranche rien à ce que j'ai écrit, il y a trois ans, et m'appuyant sur un nombre considérable d'observations (je dis « considérable », puisque mes observations, prises régulièrement depuis nombre d'années sur diverses maladies, et surtout sur celles du cœur et des vaisseaux, s'élèvent à plus de huit mille), j'accentue encore les propositions qu'on vient de lire. Il existe un *cœur uricémique* sans lésions, puisqu'il n'est pas question le moins du monde « d'altération humorale de l'organe », ni d'une « dystrophie du myocarde » ; il s'agit de troubles cardiaques *secondaires* à l'angiospasme ; il s'agit d'une hypertension artérielle consécutive elle-même à cet angiospasme, et la question est importante au point de vue pratique. Car alors, la médication vaso-dilatatrice par le régime lacto-végétarien, par la trinitrine et le tétranitrol est pleinement indiquée. Souvent, « l'anémie dite arthritique » est une *pseudo*-anémie d'origine vaso-constrictive, et contre elle on abuse d'une médication irrationnelle par l'alimentation carnée intensive, par les ferrugineux et d'autres drogues, alors que la médication hypotensive produit de remarquables résultats. L'éréthisme cardiaque des jeunes gens et des enfants, certaines arythmies et intermittences, le pouls instable, certaines tachycardies ou bradycardies n'ont pas d'autre origine. Si l'on méconnaît cette origine, si l'on se contente du mot « neuro-arthritisme » qui ne dit rien, qui n'explique rien, qui n'est qu'un mot composé avec un trait d'union, on méconnaît du même coup l'importance de la médication *préventive* d'un grand nombre de maladies du système cardio-vasculaire.

Je sais bien qu'on nie « l'intoxication par les urates ». On la nie pour la raison suivante que j'ai indiquée au même Congrès de médecine, et je suis encore obligé de me citer.

« A ce sujet (de l'acide urique), une remarque importante : on se borne trop souvent à faire une seule analyse d'urines, et lorsque celles-ci sont abondantes et limpides, on trouve une quantité d'acide urique inférieure à l'état normal, d'où l'on conclut à tort que le malade n'est pas uricémique. C'est là une erreur, et il faut toujours se rappeler que ces malades présentent des urines « alternantes » caractérisées, tantôt par l'émission d'urines abondantes et pauvres en acide urique, tantôt par des urines briquetées, rares, et contenant de l'acide urique en quantité considérable. Il en résulte que l'examen des urines chez ces malades doit être fait pendant ces deux états si opposés, et lorsqu'on voit survenir dans le premier cas des troubles cardiaques... », on doit les rattacher à la rétention de l'acide urique dans l'organisme.

Et si l'arthritisme est une « diathèse congestive », comme l'a dit Cazalis autrefois, et comme l'a démontré par de concluantes expériences un remarquable médecin, Gigot-Suard (1) qu'on ne cite pas assez, c'est parce qu'il existe, comme la physiologie nous l'enseigne, une sorte de balancement entre la circulation périphérique et la circulation viscérale, et qu'à l'anémie cutanée et superficielle par vaso-constriction doit naturellement correspondre la congestion des organes viscéraux et profonds par vaso-dilatation.

Encore une fois, l'arthritisme, l'herpétisme, le neuro-arthritisme sont des mots ; l'uricémie est un

(1) Gigot-Suard. L'herpétisme ; pathogénie, manifestations, traitement, physiologie expérimentale et comparée. Un vol. grand in-8 de 454 pages. Paris, 1870.—L'uricémie (affections de la peau, des muqueuses, du poumon, foie, rein, système nerveux et circulatoire, articulations, etc. Paris 1875, un vol. de 306 pages.

Digitized by Google

fait. Les mots en médecine sont éphémères et les faits restent.

Voyez cette femme (et je la vois encore en ce moment) : fille de diabétique et de goutteux, à 45 ans, elle présente pendant une année entière des phénomènes incompris d'anémie. Chlorose de retour ou pseudo-chlorose rénale, direz-vous? (Et ainsi vous pouvez passer en revue toutes ces fausses chloroses nées d'erreurs de diagnostic et qui ont causé tant d'erreurs de thérapeutique). Alors, vous traitez votre malade par l'alimentation carnée intensive, par les ferrugineux, les arsenicaux, les voyages au grand air, le séjour à de hautes altitudes! Le résultat de cette médication est celui-ci : la *pseudo*-anémie augmente, les accidents cardiaques prennent plus d'intensité avec les syncopes, les lipothymies, les crises anginiformes dues à des accès de cardiectasie par angiospasme. Mais alors, examinez le sang ; il n'est pas pauvre en globules rouges, peut-être au contraire ; il ne présente pas les attributs de l'anémie, et vous ne comprenez plus...

Je comprends que vous avez confondu le contenant et le contenu, la paroi vasculaire longtemps ou souvent convulsée avec le sang presque normal qui circule dans les vaisseaux. Je comprends que vous avez fait fausse route, et qu'il faut détendre le frein vasculaire trop serré, rendre à ces vaisseaux leur élasticité et leur contractilité normales; je comprends que si les vaisseaux sont à l'état physiologique, les « auxiliaires » du cœur, ils en sont parfois à l'état pathologique, à l'état de vaso-constriction, les plus terribles ennemis. Si vous le comprenez, la médication est toute différente, et j'y insiste encore et encore, parce que les faits, toujours les faits, me donnent raison, et que le reste n'est que vaine littérature.

Il faut instituer la *diète des toxines alimentaires* dont les propriétés vaso-constrictives sont indéniables; il faut modérer ou supprimer l'alimentation carnée dont on abuse et la remplacer par le régime lacto-végétarien. On me répond que, depuis longtemps, c'est là le régime alimentaire recommandé pour les arthritiques. Tant mieux ; cela prouve que l'empirisme, souvent aveugle et clairvoyant parfois, a devancé les clartés de la thérapeutique physiologique. J'ajoute que la médication hypotensive doit être ici toujours appliquée.

Par les artères on devient cardiaque ; on ne devient pas artériel par le cœur. C'est là un fait qui domine non seulement toute la pathologie du système circulatoire, mais aussi et surtout la thérapeutique vraiment physiologique. Et si la goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur, si le goutteux devient souvent cardiaque, c'est parce qu'il est presque toujours uricémique par droit de conquête (alimentation, etc.) ou par droit de naissance (hérédité). Le système artériel est le régulateur et le soutien du cœur. Veillons à nos artères pour épargner le cœur, et pour alléger, pour faciliter le travail du grand ouvrier de la vie.

Ces principes *physiologiques* de clinique et de thérapeutique ont constamment guidé ma pratique depuis nombre d'années. Je m'en suis toujours bien trouvé, ainsi que les malades, et j'engage ceux qui me font l'honneur de me lire, à ne jamais les perdre de vue. En m'adressant à eux, je sais que je ne prêche pas dans le désert...

Il faut renoncer à la thérapeutique toujours tardive et souvent décevante des lésions pour aborder franchement celle plus féconde et réellement préventive des troubles fonctionnels, qui précèdent, préparent, consomment les lésions devenues irrémédiables parce qu'elles sont, selon l'expression de Stokes, les cicatrices d'une blessure. La mode n'est pas à cette thérapeutique, sans doute parce-qu'elle n'a pas reçu certaine estampille étrangère, parce qu'elle n'a pas été encore exportée pour être ensuite importée en France... Mais, si trop de médecins font encore la sourde oreille, j'en connais au moins un, mon savant collègue et ami, Alb. Robin, qui a écrit sur ce sujet quelques pages d'une haute portée pratique dont on aurait tort de ne pas s'inspirer.

CLINIQUE NERVEUSE

Sur la délimitation du nervosisme, à propos de l'élément douleur

Par le Dr Paul-Emile Lévy,
ancien interne des hôpitaux de Paris

Il nous a toujours semblé qu'il y aurait un grand intérêt, pour l'étude des phénomènes d'ordre nerveux, à faire un travail de définitions préliminaires, à serrer de plus près le sens de certains vocables dont l'usage journalier nous dissimule le caractère souvent nuageux.

C'est ce travail de définition, ou de délimitation, que je voudrais esquisser pour le nervosisme. Les travaux contemporains ont isolé — plus ou moins complètement — deux névroses : hystérie, neurasthénie. En dehors de ces deux types morbides, il reste tout le terrain vague du nervosisme. Qu'est-ce qu'être nerveux? Au point de vue clinique, c'est présenter certains symptômes psychiques ou physiques : émotivité, troubles de sensibilité, rougeur ou palpitations faciles, etc., assez diffus d'ailleurs. Théoriquement, c'est, dit-on, réagir aux excitations avec une intensité trop grande. Mais où commence l'exagération?

Digitized by Google

Il nous semble pratique de tenter cet essai de délimitation — s'il est possible — du nervosisme, sur le symptôme le plus fréquent et le plus important qui se présente à notre observation, sur le symptôme douleur. Nous n'apporterons pas ici de documents cliniques.

Tout en proclamant les bienfaits de l'observation clinique, nous croyons aussi que c'est une bonne méthode que de chercher à établir par l'étude de faits connus, et par le raisonnement, une idée théorique, à laquelle les observations subséquentes pourront servir de contrôle.

Etudions donc successivement comment il faut concevoir le rôle du nervosisme : 1° dans les douleurs dites proprement nerveuses ; 2° dans les douleurs organiques.

1° *Douleurs nerveuses.* — On dit qu'il y a douleur nerveuse, lorsque les points du corps ou organes où le malade localise sa douleur ne paraissent nullement altérés.

Au contraire, on dit qu'il y a douleur organique, quand existe une altération réelle, susceptible d'agir sur les centres nerveux, nerfs ou terminaisons nerveuses.

En théorie, la distinction est parfaite. En pratique, elle l'est beaucoup moins, et c'est ici que la question devient délicate et intéressante. Tel sujet souffre en un point donné. La lésion, si elle existe, n'est pas une lésion grossière qui s'impose à nos moyens d'exploration. Dès lors, comment discerner si cette lésion existe ou non ?

Il y a certes des signes rationnels différentiels, souvent incertains d'ailleurs, sur lesquels nous ne pouvons ni ne voulons nous étendre ici. Ce qui nous intéresse surtout, en effet, c'est de chercher à connaître quelle est la tendance d'esprit habituelle du médecin, dans ces cas douteux, et de nous rendre compte si elle est justifiée. Or, on peut la définir ainsi :

A. — Le sujet se présente comme un hystérique ou un neurasthénique franc. Le médecin pensera aisément à la douleur nerveuse. Il y songera encore, — mais moins souvent —, s'il se présente comme un nerveux plus ou moins nettement caractérisé.

B. — Le sujet paraît tout à fait robuste physiquement et moralement, parfaitement indemne de nervosisme. Et nous supposons en plus que la douleur ne se présente pas avec une physionomie spéciale, descriptions visiblement exagérées, préoccupations, etc.

En de telles circonstances, on peut dire que le médecin ne se posera même pas, d'ordinaire, le diagnostic différentiel. Il éliminera d'emblée la possibilité de la douleur dite nerveuse.

Or — et c'est ce point que nous voulons souligner — nous dirons au contraire : les sujets les plus robustes, physiquement et moralement, peuvent présenter et présentent souvent des douleurs dites nerveuses. Et nous ajouterons, ne craignant pas d'aller jusqu'au bout de notre pensée : c'est à celles-ci que nous devrions toujours, à vrai dire, songer en premier lieu.

Ce que je dis ici, je le répète, je le fonde sur des observations répétées, où le traitement, s'adressant à l'élément moral, fit la démonstration. Mais pour que le médecin s'accoutume à ces idées, plus encore que de connaître des observations, qui peuvent, du reste, toujours être taxées d'incomplètes, il importe pour lui de comprendre d'où provient son erreur, et comment des douleurs nerveuses, imaginaires même, si l'on veut, sont possibles en pareil cas.

La cause de l'erreur, c'est que, suivant les idées anciennes, nous sommes encore trop portés à considérer notre être, notre esprit, comme formant une individualité, une unité parfaite. Or, telle n'est pas la vérité. Dans sa conduite à l'égard des maladies, le tempérament n'est pas un bloc, pas plus que n'est un bloc le caractère dans sa manière d'être à l'égard des individus ou des choses extérieures. Plus exactement encore, de même que notre organisme est un composé de cellules, notre esprit est un composé de sensations, d'idées, de tendances. Il s'ensuit que, même si ce composé nous paraît, à première vue, parfaitement homogène, nous devons toujours nous rappeler que, sur un territoire très limité peut-être, il peut y avoir un disparate, ou encore que, par le fait de circonstances temporaires, une désagrégation peut se produire, perceptible pour l'observateur, si toutefois celui-ci est bien prévenu que cette désagrégation est toujours chose possible.

Ainsi, le cerveau peut raisonner fort bien sur toutes choses, et, pour ainsi dire, déraisonner douloureusement sur un seul point. Ou encore, grâce à une dépression momentanée, dont personne n'est garanti, par émotion vive, fatigue, affection intercurrente, le cerveau pourra interpréter douloureusement une sensation venue de l'extérieur ou d'un organe interne, ou même se laisser impressionner par une suggestion directe de douleur, suggestion par une parole entendue, par une lecture, par la vue d'une personne souffrante. Bientôt, la dépression aura cessé, mais le retour à l'état normal pourra ne pas se faire sur ce point plus particulièrement touché. Une habitude douloureuse se sera créée, qui, malgré le caractère transitoire de la cause provocatrice, pourra demeurer à titre de symptôme plus ou moins persistant.

Cette évolution, il est assez souvent possible de la

Digitized by Google

reconstituer par l'interrogatoire du sujet. Plus fréquemment, peut-être, celui-ci aura complètement oublié l'épisode qui a servi de point de départ, à moins parfois qu'on ne l'aide énergiquement à préciser ses souvenirs, et refusera — d'autant plus nettement que le mot, qu'il ne comprend pas, le froisse — à admettre l'existence d'une douleur nerveuse, ou même imaginaire. Et cependant la douleur aura bien souvent débuté par être imaginaire, pour devenir ensuite douleur nerveuse.

Quoi qu'il en soit, nous sommes ainsi amené à conclure, pour cette première partie de notre exposé: N'attendons pas d'avoir d'autres symptômes de nervosisme, pour traiter une douleur de douleur nerveuse. Il n'est pas, en effet, de sujet, si peu nerveux qu'il paraisse, qut n'en puisse présenter, et l'on ne saurait garder trop présente à l'esprit la possibilité de ces nervosismes partiels, tout à fait localisés.

2° Je passe maintenant aux douleurs organiques, provoquée par une altération des tissus bien réelle et constatable.

Ici encore, je mettrai à la base de cette étude quelques constatations et raisonnements très simples, mais que nous perdons de vue trop aisément. Le psychologue a besoin, pour se rendre compte des faits normaux, du grossissement des états pathologiques. Le médecin, qui étudie les états pathologiques, doit, de son côté, s'éclairer toujours de l'étude des faits d'observation banale et courante. Or, le fait banal ici, c'est qu'une même lésion détermine des phénomènes douloureux des plus variés en intensité suivant les sujets, et en plus, chez un même sujet, suivant les moments. Il nous suffira d'indiquer rapidement sans insister.

Variations suivant l'âge : l'enfant pleure et rit à un instant d'intervalle ; l'adulte, au contraire, souffre, pour une opération, par exemple, non seulement pendant, mais avant et après, là, parce qu'il s'attend à la douleur, ici, parce qu'il la rumine encore.

Variations suivant les catégories sociales : différence entre les malades de ville et d'hôpital, entre les sujets plus ou moins affinés et les gens du peuple, les campagnards, en un mot, entre ceux qui s'écoutent, s'analysent, se frappent, suivant les expressions consacrées, et ceux qui ne s'écoutent, ni ne s'analysent.

Variations, sans pouvoir plus préciser, d'un sujet à l'autre, et de celui-ci à un autre encore.

Variations enfin, chez un même sujet, suivant ses dispositions momentanées, suivant qu'il se laisse distraire ou absorber par d'autres idées. Si cette distraction est très forte, on sait même que la douleur peut disparaître tout à fait.

Tout cela est banal, je le répète. Mais précisément parce qu'ils sont d'observation courante, ces faits ne sont pas médités comme ils devraient l'être. Quoi qu'il en soit, ces préliminaires étant établis, nous pensons pouvoir caractériser la tendance d'esprit habituelle au médecin, devant une douleur tenant à une lésion organique, tout à fait comme précédemment.

Si la lésion lui paraît peu intense, si la douleur perçue est en disproportion manifeste avec elle, le médecin dira avoir affaire à un nerveux, reconnaîtra aisément la part du nervosisme, d'élément imaginatif surajouté.

Si cette disproportion n'est pas manifeste, il ne pensera même pas, habituellement, au nervosisme.

Or, cette tendance d'esprit ne nous semble nullement correspondre aux faits. Par les simples considérations ci-dessus exposées, on voit qu'il est bien difficile de marquer où commence l'exagération. Car il n'est pas de cas pour lequel nous ne puissions nous rappeler ou concevoir un sujet souffrant moins que celui qui est livré à notre observation. Pour reprendre une formule connue, nous dirions volontiers : On est toujours le nerveux de quelqu'un.

A cette question qui constitue — si grossièrement qu'elle puisse paraître posée — le fond même du débat : « Quelle est, pour telle excitation donnée, la quantité normale de douleur », l'observation directe ne nous fournit pas de réponse. Au fond, pour résoudre le problème, il faudrait que la valeur, la raison d'être du phénomène douleur nous fussent connues. Et, si nous pouvons nous figurer que son rôle est celui d'un avertisseur, destiné à appeler notre attention sur le point lésé, il est bien difficile de fixer, pour chaque cas, jusqu'où doit aller ce rôle. Et, dans bien des cas, en plus, ce rôle est loin de nous apparaître nettement.

Ces conclusions, énoncées psychologiquement, si nous les traduisons dans le langage de la physiologie, nous apparaissent tout aussi rationnelles. Car, quelles que soient les modifications cellulaires correspondant au phénomène douleur, nous aurions peine à concevoir que ces modifications présentassent d'un cas à l'autre des différences de nature, et non simplement des différences d'intensité. Autrement dit encore : quand nous disons qu'un système nerveux est impressionnable, nous ne pouvons vouloir signifier que ceci : c'est qu'il l'est plus qu'un autre ; car on ne conçoit pas un système nerveux qui ne serait pas impressionnable.

Cette seconde partie de notre exposé aboutit donc aux mêmes constatations que la première.

Et, d'une façon générale, nous pouvons conclure ainsi : A l'égard du phénomène douleur, au moins, — puisque c'est là le seul objet de cette étude, — il n'est pas possible de délimiter le nervo-

Digitized by Google

sisme. Gardons-nous des mots qui trop souvent nous font croire à des idées. Le nervosisme n'est pas une manière d'être spéciale à un groupe d'individus. Disons seulement — si nous le prenons comme synonyme d'impressionnabilité — que, suivant les sujets, il peut être plus ou moins marqué, et aussi, partiel, ou plus ou moins généralisé.

Qu'on nous permette maintenant d'esquisser en quelques mots les conséquences pratiques de ces considérations théoriques, car ces conséquences, qui demanderaient à être longuement développées, nous paraissent des plus importantes.

1° C'est parce que le médecin méconnaît la possibilité de douleurs dites nerveuses, ou imaginaires, chez tous les sujets, quels qu'ils soient, parce qu'il veut, pour classer telle douleur nerveuse, avoir affaire à un sujet hystérique, neurasthénique, au moins franchement nerveux, ou trouver au symptôme douleur une physionomie spéciale qui décèle bien son origine; plus sommairement encore, parce qu'il serait incapable le plus souvent de définir précisément ce qu'il convient d'entendre par douleur nerveuse qu'il commet journellement, peut-on dire sans exagération, des erreurs de diagnostic : diagnostics erronés de névralgies ou névrites, particulièrement névrites sciatiques, de rhumatismes, de lésions d'organes : dyspepsie, ovarite, etc., tandis que le diagnostic vrai est celui-ci : impression périphérique minime, amplification centrale (ou psychique) très forte. Et de l'erreur de diagnostic découle l'erreur dans le traitement, erreur toujours préjudiciable au malade, et parfois grave, puisqu'elle peut aller jusqu'à une intervention opératoire injustifiée.

2° Il en est de même pour les douleurs organiques.

Etablissons d'abord très simplement ces données : l'amplification du phénomène douleur, que nous pouvons dire — malgré ce que cette formule peut présenter de paradoxal — exister toujours, peut se traduire sous trois formes, d'ailleurs habituellement associées :

I. Augmentation d'intensité.

II. Augmentation de durée, par persistance de l'image douloureuse (cette explication psychologique ayant naturellement une contre-partie physiologique, mais impossible à préciser).

III. Augmentation en étendue : la douleur est diffusée ou irradiée.

Dès lors, il est facile de comprendre que :

1° Le traitement de toute douleur doit viser pour une part à effacer de l'esprit l'image de la douleur.

2° Les irradiations, banalement attribuées à des irradiations nerveuses, se réclament souvent d'une tout autre pathogénie, donc d'un traitement tout autre.

3° Pour toute douleur persistante, un moment vient forcément où, cette persistance étant due, non plus à des lésions locales, mais à la persistance de l'image de la douleur, c'est à celle-ci, ici encore, que le traitement devra s'adresser.

Citons à titre d'exemples : les douleurs des cicatrices, la co-existence de points douloureux avec des lésions d'organes, les points de côté — certains au moins — de la pleurésie, de la pneumonie, des tuberculeux, habituellement mis sur le compte d'une névrite, d'une congestion superficielle, d'une pleurésie sèche, le rhumatisme articulaire où j'ai vérifié comme un fait banal la persistance de la douleur par le mécanisme indiqué, etc. Il n'y a pas lieu d'insister davantage, car il s'agit là, je le répète, de lois d'application tout à fait générale.

Je n'ai pas à m'étendre ici sur ce que devra être le traitement, inspiré de ces idées théoriques. Il m'a surtout semblé intéressant de montrer, à propos d'un point particulier, l'utilité qu'il y a pour nous à approfondir et à garder toujours bien présent à l'esprit le sens de certains mots journellement employés, et aussi l'importance, non seulement pour la neuropathologie, mais pour la pathologie courante, de considérations que celle-ci a jusqu'aujourd'hui presque complètement négligées. Les progrès de l'anatomie pathologique, de l'histologie, de la bactériologie, etc., ont amené le médecin à croire surtout à ce qu'il peut voir et toucher. Il est temps pour lui de comprendre qu'il est des facteurs pathogénétiques dont la connaissance échappe à nos sens, mais dont l'étude raisonnée peut néanmoins éclairer bien des faits d'un jour tout nouveau, et dès lors, aussi, présenter les plus heureuses conséquences pour le bien de nos malades.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des hémorrhoïdes. — On traite depuis longtemps les varices et d'autres congestions veineuses par l'élévation du membre atteint : pourquoi ne pas appliquer le même principe aux hémorrhoïdes? Oeder en a fait l'essai, d'abord sur lui-même, et en a retiré de très bons effets. Le système est extrêmement simple : on surélève le siège par un traversin d'environ 25 centimètres au-dessus du plan du lit, et on supprime tout oreiller, sauf un petit coussin pour soutenir la tête. On dormirait fort bien dans cette position, et après deux ou tout au plus trois nuits, l'engorgement des hémorrhoïdes aurait disparu. Parfois une seule nuit suffirait.

Le repos dans la position horizontale n'est pas suffisant; car les veines honteuses, iliaques, hémorrhoïdales quittent le petit bassin par un plan incliné ascensionnel, même lorsque le corps est couché à plat. (*Zeitschrift. f. diät. et physik. Therap.*).

Ce procédé ne doit pas supplanter tous les autres traitements médicaux et chirurgicaux; mais il peut les compléter, et souvent il serait à lui seul suffisant. Les maladies du cœur, du poumon, la congestion cérébrale sont évidemment des contre-indications.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales. — Il s'agit de thérapeutique nouvelle en aliénation mentale dont M. Buvat se fait le défenseur (*Thèse de Paris*, 1901).

Il divise les sérums en trois classes :

a) Le sérum chloruré à 7,50 p. 1000 ;

b) Le sérum bromuré ;

Bromure de sodium.....	6 grammes.
Chlorure de sodium.....	1 gr. 50
Eau.....	1000 grammes.

c) Le sérum ioduré.

Chlorure de sodium.....	6 grammes.
Iodure de potassium.....	2 —
Sulfate de soude.....	2 —
Eau.....	1000 grammes.

La sérumthérapie ne doit pas être exclusive, ni appliquée systématiquement : elle trouve ses indications dans l'état physique du malade et dans les symptômes qu'il présente : son inoncuité est absolue. Il est préférable de recourir à des doses massives (500 c. c. au minimum) et répétées tous les jours, tous les 3 jours ou tous 5 les jours, suivant l'effet à obtenir. C'est le lavage du sang qu'il faut pratiquer « larga manu » et sans crainte, si l'on tient compte des contre-indications : lésions aortiques valvulaires ou anévrysmatiques, syndrôme myocarditique, arythmie, faux-pas, intermittences, tuberculose pulmonaire à la 2e ou 3e période lorsque la fièvre a apparu ou qu'il y a hémoptysies.

Les sérums ont des propriétés générales communes ; ils stimulent toutes les fonctions physiologiques, débarrassent l'organisme de ses déchets en favorisant les sécrétions éliminatrices ; sous leur influence l'état général des malades se relève rapidement, le poids s'accroît d'une façon progressive et continue, la sitiophobie, le gâtisme, les escharres disparaissent; le malade est mis dans un état de vitalité organique meilleur, tandis que les aggravations paroxystiques et les troubles psychiques surajoutés dus aux auto-intoxications tels qu'accès d'agitation, troubles hallucinatoires variés, sont écartés.

Le *sérum chloruré* s'adresse aux psychoses toxi-infectieuses récentes et aiguës, qu'elles soient à forme mélancolique, maniaque ou de confusion mentale ; dans les formes dépressives avec asthénie cardiaque on pourra lui adjoindre un gramme de caféine par litre. Dans certains cas, sous son influence, on voit les troubles psychiques disparaître à mesure que l'état général s'améliore ; dans d'autres cas, on observe une dissociation entre les troubles psychiques qui restent stationnaires et les troubles physiques qui s'améliorent ; l'affection mentale passe à la chronicité, mais le malade n'en bénéficie pas moins d'une amélioration somatique.

Le *sérum bromuré* a des qualités éminemment sédatives : il est indiqué dans tous les états mélancoliques avec agitation anxieuse dont il est un quasi spécifique, dans l'agitation maniaque de certains intermittents et de quelques séniles. On en fera d'heureuses applications dans l'épilepsie, où, à doses égales, il agit mieux que la bromuration par la voie digestive sur le nombre des accès, tandis qu'il fait disparaître l'acné, stimule toutes les fonctions physiologiques. Il met le malade dans un état meilleur qui a une répercussion favorable sur le caractère.

Le *sérum ioduré* jouit de propriétés antisclé-reuses ; il sera réservé aux paralytiques généraux syphilitiques et en général aux aliénés syphilitiques; sous son influence, chez des malades soumis depuis un an au traitement, la dénutrition a été enrayée, les poussées thermiques et les ictus dus aux auto-intoxications, les accès d'agitation se sont atténués jusqu'à disparaître. L'état démentiel, les troubles de la parole, des yeux, des réflexes sont restés stationnaires. — D. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Emphysème sous-cutané dans la broncho-pneumonie. — A la dernière séance de la Société de pédiatrie, MM. Richardière et Delherm ont appelé l'attention sur cette rare complication de la broncho-pneumonie. Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, convalescent de rougeole et atteint de broncho-pneumonie double. On vit apparaître un emphysème sous cutané à la base du cou dans les régions sous-claviculaires droite et gauche. Bientôt, cet emphysème gagnait la face, le thorax, le dos, la paroi abdominale et le malade succombait après quatre jours. A l'autopsie, on trouva bien quelques lésions d'emphysème alvéolaire très étendues sur les poumons, de la distension gazeuse des médiastins antérieur et postérieur ; mais, il a été impossible par l'insufflation des poumons placés dans l'eau, de retrouver la perforation alvéolaire. Cependant, on doit admettre qu'il y a eu rupture des vésicules pulmonaires emphysémateuses et emphysème interlobulaire sous pleural. La plèvre a résisté, et

Digitized by Google

'air a pris la direction du médiastin qui, à l'autopsie, . été trouvé très fortement emphysémateux et a fina- ement gagné le tissu cellulaire du cou et du thorax. .'enfant a succombé certainement à la broncho- ıneumonie et non à cet emphysème sous-cutané qui st plutôt un indice qu'une cause de gravité.

A la même séance, M. Guinon a rapporté un cas sem- ıblable chez un enfant du même âge atteint de bron- ho-pneumonie consécutive à la fièvre typhoïde. Le ıetit malade, non tuberculeux, mourut asphyxié en ıuatre ou cinq jours.

MM. Richardière et Delherm rappellent des faits emblables observés par Ozanam, Roger, Rilliet et Barthez. S'ils avaient parcouru la collection des Bul- etins de la Société médicale des hôpitaux, ils au- aient lu avec intérêt l'exemple d'un emphysème ous-cutané dans le cours d'une pneumonie franche hez un enfant dont j'ai raconté l'histoire. Cet em- hysème avait envahi la face, la partie postérieure u tronc et la partie antérieure jusqu'à l'hypogastre t aux hypocondres. Cet enfant a guéri de sa pneu- ıonie et de la complication d'emphysème sous- utané dont j'avais retrouvé quatre cas semblables ans la littérature médicale. — H. Huchard.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La voie inguinale dans la cure radicale des ernies crurales. — La cure radicale de la hernie urale a été tentée par un nombre considérable de rocédés (Tuffier n'en a pas compté moins de vingt); ur multiplicité même prouve mieux que tout autre gument, combien il est difficile de réaliser, au moins ıns certains cas, l'oblitération du trajet herniaire ; où la récidive indiscutablement plus fréquente après cure radicale de la hernie crurale qu'après la cure la hernie inguinale.

L'idée naturelle d'étager les points de sutures entre ligament de Fallope et l'aponévrose du pectiné, it de haut en bas (Bassini), soit en bourse, en pre- nt partiellement la gaine vasculaire et le ligament Gimbernat (Triconi), est loin d'avoir toujours été uronnée de succès. Les parties fibreuses que l'on ıtait de rapprocher étaient trop tendues et ne pou- ient rester maintenues au contact.

On chercha alors à mobiliser un plan fibreux vers ntre fixe : tantôt c'était le pectiné, ou plus exacte- ent son aponévrose, dont on taillait un lambeau adrilatère à base répondant à la crête pectinéale, qu'on relevait ensuite de bas en haut pour le fixer 'arcade crurale (Salzer), tantôt, au contraire, il gissait de détacher une lamelle fibreuse de l'arcade urale et la suturer au périoste pubien avoisinant, ligament de Cooper (Fabricius), ou encore avec Delagénière, de diviser de bas en haut le ligament de Fallope, sur une hauteur d'un à deux centimètres, et d'abaisser et suturer isolément chacune de ses moitiés à l'aponévrose du pectiné.

D'autres opérateurs laissant intacte l'orifice fibreux naturel, venaient le combler par des greffes muscu laires (Poullet), des greffes ostéopériostiques (Jaboulay), des bouchons de catgut (Schwartz), de l'os décalcifié (Thiriar). Le *sac* lui-même fut utilisé dans le but d'oblitérer l'anneau. Rocher tord le sac pour le faire passer au-dessus de l'arcade crurale, Buchanan le reploie en haut, Mac Even le reploie et le plisse comme une bourse.

Bientôt on invente la voie inguinale dans la cure des hernies crurales. Cooper la propose, Annandale en fait la première application, Ruggi en fixe la technique, à laquelle Tuffier, en 1896, fit subir plusieurs modifications.

C'est le procédé de Tuffier, dont nous devons un rapide schéma avant d'en étudier les indications Ce procédé comprend 6 temps :

1° Incision parallèle au canal inguinal, partant de son orifice cutané pour se prolonger à quatre travers de doigt en haut et en dehors. Ouverture du canal inguinal par section de sa paroi antérieur. On récline en haut le cordon spermatique ou le ligament rond. Incision de la paroi postérieure du canal inguinal ;

2° Dissociation à l'index du tissu cellulaire sous-péritonéal pour sentir, contourner, isoler la partie supérieure du sac crural ;

3° On attire par la plaie inguinale la hernie crurale complète, c'est-à-dire avec son sac encore intact ;

4° Ouverture du péritoine. Traitement de l'intestin. Résection de l'épiploon aussi haut que possible. Le sac est reséqué très haut, bien au-dessus de l'anneau ;

5° Fermeture de l'anneau crural par affrontement de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné ;

6° Suture sans drainage des différents plans de l'incision inguinale.

Telle est l'opération quand elle est simple ; divers incidents peuvent en compliquer l'exécution.

Les vaisseaux épigastriques souvent mis à découvert sont protégés par un écarteur; leur section accidentelle serait facilement réparée par une ligature à ciel ouvert dans une large plaie. Si le sac se libère difficilement : l'ouvrir d'emblée au-dessus du collet, traiter le contenu ; il sera alors facile de décoller et d'extirper le sac absolument vide. Si l'infundibulum péritonéo-crural est vaste, reséquer le péritoine et le suturer aussi haut que possible par une double suture au catgut.

Digitized by Google

A côté du procédé de Tuffier, mentionnons : le premier procédé de Ruggi, qui, après incision suivant l'arcade crurale (incision sur laquelle on peut, au besoin, brancher en T une incision parallèle aux vaisseaux), dissèque d'abord le sac, l'ouvre, traite le contenu, puis, dans un autre temps, incise la paroi antérieure du canal inguinal, et traite par cette voie le sac déjà vidé ; — le second procédé de Ruggi, modifié par Perlavecchio, qui ne diffère de celui de Tuffier que par ce fait que la partie inférieure du canal inguinal est respectée, et que les orifices extérieur et intérieur du canal restent intacts.

Les avantages de la voie inguinale dans la cure radicale de la hernie crurale sont les suivants :

On a un champ opératoire beaucoup plus large que dans le procédé classique, permettant d'y voir clair et d'agir à son aise. — On peut pratiquer une résection haute de l'épiploon avec beaucoup plus de facilité que si l'on emploie la voie crurale. — La dissection du péritoine pouvant être poursuivie aussi haut que l'on veut, il est facile de supprimer l'infundibulum péritonéo-crural, amorce permanente pour une récidive de hernie. — Enfin cette voie permet de refaire solidement la paroi inguinale dans le cas où il y a, soit coexistence de hernie inguinale, soit simplement faiblesse de cette paroi inguinale.

Les inconvénients de la voie inguinale sont les suivants :

La décortication du sac crural à travers l'incision inguinale peut être difficile quand il est trop volumineux, trop adhérent, ou sillonné d'un véritable lacis veineux.

Il n'est pas sans danger de tirailler même doucement l'intestin hernié et étranglé pour le ramener dans la plaie inguinale. Il y a là un danger réel pour la cavité péritonéale qui est exposée à recevoir le liquide infecté contenu dans le sac de la hernie étranglée.

Quelles sont, pour conclure, les indications de la voie inguinale?

Ce procédé est particulièrement indiqué dans les cas où la hernie crurale coexiste avec la hernie inguinale du même côté. Ces faits sont loin d'être rares, puisque Berger l'a constaté positivement dans 222 cas sur le vivant, et en a fait de nombreuses autopsies à Bicêtre. Le plus souvent les deux hernies paraissent se confondre en une saillie bilobée ; c'est la « distension du pli de l'aine ». — La même indication se rencontre dans les cas où la hernie crurale, s'accompagne seulement d'un affaiblissement marqué de la paroi inguinale. — Le procédé, enfin, est utile à connaître, et peut être appliqué dans des cas de hernie crurale épiploïque peu volumineuse (P. Guinement en rapporte un fait intéressant dans sa Thèse de Paris, 1901).

Il semble, par contre, qu'il faille recourir au procédé classique dans les hernies volumineuses et surtout dans les hernies étranglées. — R. B.

PHARMACOLOGIE

Formules à éviter. — Connaître et savoir éviter les associations médicamenteuses incompatibles, c'est là une règle primordiale de l'art de formuler. Néanmoins, elle ne suffit pas toujours pour permettre d'édifier une formule vraiment rationnelle. Il arrive fréquemment dans la pratique journalière de rencontrer des formules analogues à la suivante :

Iodure de potassium (ou bromure)..	20	grammes.
Eau distillée.....	250	—
Sirop d'écorces d'oranges amères...	50	—

M. s. a. — Prendre une cuillerée à soupe par jour.

A première vue, une formule semblable paraît absolument logique : elle représente une solution d'iodure dosée à un gramme par cuillerée à soupe. Hâtons-nous d'ajouter qu'elle représente aussi une solution sucrée, et c'est là un grave défaut pour une préparation qui doit être administrée en vingt jours. A peine sera-t-elle restée deux ou trois jours chez le malade (surtout si elle est tenue dans un endroit chaud), qu'elle aura subi la fermentation alcoolique, et ne sera plus buvable. Les différentes levures dont l'accès est bien difficile à éviter auront en effet trouvé en elle un excellent milieu de développement.

La forme de solution sucrée ne doit jamais être employée pour l'administration d'un médicament de longue haleine ; on la réserve pour les potions qui sont, par définition, considérées comme devant être renouvelées tous les jours. Les formes pharmaceutiques destinées à avoir une durée plus longue, sont la solution simple ou le sirop. Rappelons d'ailleurs qu'il existe au Codex un sirop d'iodure de potassium et un sirop de bromure de potassium dont le véhicule est le sirop d'écorces d'oranges amères. Ils sont tous deux dosés à un gramme par cuillerée, et sont d'une très bonne conservation. Le sucre en solution concentrée semble avoir vis-à-vis des levures des propriétés antiseptiques ; en solution diluée, il leur sert d'aliment. — E. A.

MÉDECINE MENTALE

L'acide cacodylique dans les maladies mentales. — Les préparations arsénicales ordinaires sont employées depuis très longtemps comme tonique dans certaines maladies mentales ; par contre, on trouve peu d'observations sur l'emploi du cacody-

Digitized by Google

late de soude dans ces mêmes maladies, Il était cependant à prévoir que les médecins aliénistes auraient bientôt recours à ce médicament, dont l'action physiologique est aujourd'hui bien connue. En effet les recherches expérimentales ont montré que le cacodylate de soude outre son action sur la nutrition par oxydation des matières azotées, son action sur le sang dont le chiffre en hématies, diminué dans les états anémiques se relève, son action sur la circulation qui paraît ralentie et régularisée, et son action sur la fonction menstruelle qui est surexcitée, semble avoir encore une action directe sur le système nerveux. « A l'état normal, dit Gautier, plusieurs de nos tissus sont arsénicaux : la glande thyroïde, le thymus, la glande mammaire, la peau et ses annexes et quelquefois le cerveau. » De plus, en 1875, Gautier et Scolosuboff ont remarqué que l'arsénic que l'on fait ingérer aux animaux à haute dose, mais non toxique, se condense dans les centres nerveux, C'est à l'état de nucléines arsénicales, d'arsénucléines coexistant avec les nucléines phosphorées ordinaires, que se rencontrent dans le cerveau les combinaisons arsénicales.

Ces données physiologiques ont permis aux médecins d'expérimenter le médicament dans les maladies mentales.

Le cacodylate de soude a été employé soit sous forme de pilules, soit sous forme de solution dans l'eau ou le lait, soit sous forme de lavement. Aujourd'hui, il est généralement employé par voie hypodermique. C'est à ce dernier mode d'administration qu'il faudra avoir recours chez les aliénés avec d'autant plus de raison qu'il est très difficile, chez cette catégorie de malades, non seulement d'administrer des médicaments (sous forme de pilules ou de solution), mais encore d'en contrôler la déglutition. D'autre part, le lavement médicamenteux, pour être efficace, doit être précédé, pour débarrasser le rectum des matières fécales qu'il contient, de soins qui, la plupart du temps seraient impossibles chez certains de ces malades. Les injections sous-cutanées qui au premier abord paraissent difficilement applicables aux malades agités, sont cependant bien acceptées par ceux-ci, car elles ne produisent aucune douleur vive, ni réaction locale appréciable. Des raisons plus importantes encore sont en faveur de ce mode d'application. « Deux fois déjà, dit Gautier, j'ai pris la « parole pour faire remarquer que rien n'est plus « inoffensif que l'acide cacodylique, quand il est in- « jecté sous la peau, mais que rien aussi n'est plus « instable que lui et plus facile à transformer par- « tiellement en un produit extrêmement vénéneux, « quand il pénètre par le conduit gastro-intestinal. « Là, l'acide cacodylique trouve des matières réduc- « trices en abondance, qui le changent partiellement « en oxyde de cacodyle et d'autres dérivés analogues, « tous toxiques, qui ont une odeur d'ail intense, très « désagréable, fatigante, que prennent la peau, l'ha- « leine, les urines des individus ainsi traités et dont « ils sont littéralement imprégnés. »

Il est très simple de recourir directement au cacodylate de soude industriel et de formuler ainsi la solution à injecter :

Cacodylate de soude pur...	6 gr. 4
Alcool phéniqué au 1/10	X gouttes
Eau distillée.....	100 grammes.

Porter un instant à l'ébullition, rétablir les 100 centimètres cubes et verser dans un flacon stérilisé.

Chaque centimètre cube de cette solution répond à 0,05 centigrammes d'acide cacodylique pur, c'est-à-dire à la dose moyenne à injecter en une fois et par 24 heures à l'adulte.

M. Danlos donne la formule suivante :

Cacodylate de soude..... ...	5
Chlorhydrate de morphine.....	0,25
Chlorhydrate de cocaïne..... ...	0,10
Chlorure de sodium.....	0,20

Eau distillée, quantité suffisante pur 100 c. m. cubes.

Cette solution contient 0,05 de cacodylate de soude par cent. cube de liquide à injecter.

Il ne paraît pas utile de dépasser la dose de 0,15 centig. par jour. Comme on a cité un cas d'intolérance à la dose de 0,02, on commencera par la dose de 0,02 pendant 2 jours, qu'on portera ensuite à 0,05, puis 0,10, puis 0,15.

Chez certains aliénés, il n'est pas aussi facile de reconnaître les signes de saturation (bouffées de chaleur, surtout à la face, céphalalgie, essoufflement. bourdonnements d'oreille), que chez les malades ordinaires. On se guidera sur le faciès du malade, sur les troubles intestinaux et l'élévation de la température. Du reste, dans tous les cas, il sera sage de faire des séries de 8 jours, avec 8 jours de repos intercalaires. On suspendra la médication chez la femme aux époques menstruelles.

Voyons les résultats obtenus.

Dans une thèse récente (Paris 1901), Paulet dépouille 17 observations, dont 13 lui sont personnelles. Sur ces 17 cas : deux ont été absolument négatifs comme résultats ; 4 ont donné un bon résultat au point de vue physique sans amélioration mentale ; 11 ont abouti à une amélioration plus ou moins sensible de l'état mental, ayant coïncidé avec une amélioration physique évidente, Il semble enfin que dans quelques cas l'amélioration ait été jusqu'à une guérison durable. — R. B.

Digitized by Google

FAITS CLINIQUES

Contribution à l'Etiologie de l'Hématurie

par le Dr G. Triolo (de Tunis)

A. C... âgé de 61 ans, fabricant de pâtes, se trouvant, il y a environ 30 ans, en Amérique, y contracta la fièvre paludéenne qu'il porta pendant 3 ans, malgré les remèdes les plus actifs, et par suite de laquelle il dut quitter ce pays ; il vint s'établir à Tunis.

Ces fièvres laissèrent dans son organisme une empreinte indélébile de leur passage, lui causèrent un dépérissement sensible et firent disparaître sa vivacité et son énergie.

En 1897, il fut atteint de fortes douleurs aux membres inférieurs, douleurs qui augmentaient lorsqu'il était debout et le forcèrent à garder le lit pendant plus de six mois. Il essaya les remèdes les plus divers et ne fut soulagé que par les courants électriques.

Après une courte trève d'un mois, il fut saisi d'une crise plus violente que les précédentes : aux douleurs vinrent s'ajouter l'hématurie et les sensations de froid aux pieds. Pour calmer cette sensation qui lui était extrêmement désagréable, le malade s'avisa d'appliquer deux bouteilles d'eau chaude aux pieds, qui lui produisirent, sans qu'il les sentit, des brûlures.

L'hématurie était continuelle ; elle était suivie de douleurs de la région lombaire avec une plus grande intensité à droite.

C'est tout ce qui figure dans l'histoire de notre sujet, pas d'autres infections, pas d'intoxication (tabac ou alcool) pas de fortes émotions, rien, même dans les antécédents héréditaires.

A l'examen, le malade est dans un état de dépérissement assez prononcé, sa peau est de couleur terreuse, flasque et sans panicule adipeux. Les dents manquent presque entièrement ; la gencive correspondant à celles lui restant est en proie à la gangrène. Rien de remarquable au cœur, aux poumons et au foie. La rate est légèrement hypertrophiée (on sent, sous les doigts, le bord arrondi, dans les profondes inspirations). La région lombaire est sensible aux fortes pressions.

Les fonctions de l'intestin et de la vessie sont également normales

Le pouls est très faible, la température est de 36° 5.

Aux plantes des pieds, on constate deux escarres noires adhérentes aux tissus profonds, conséquence des brûlures.

On retrouve les altérations du système nerveux dans les membres inférieurs, siège de la douleur ; là, aussi bien qu'à la partie inférieure de l'abdomen, la sensibilité cutanée, tactile, douloureuse, thermique, est presque abolie ; la pression profonde dans les masses musculaires cause des douleurs.

Les réflexes rotuliens sont diminués : aucun point douloureux démontrable ; l'état de nutrition est proportionné au reste du corps. Les mouvements sont un peu tardifs. Lorsque le malade marche, on le voit se mouvoir lentement, presque avec peine, en levant difficilement le pied de terre et le poussant en avant avec la même difficulté. Il éprouve, en outre, le besoin de s'appuyer, ne pouvant pas se tenir droit.

Il jouit entièrement de ses facultés intellectuelles.

L'urine en quantité à peu près normale est de couleur rouge foncé, trouble, formant un dépôt épais dans lequel on ne constate rien d'anormal à l'œil nu. Le nombre des mictions est régulier et chaque miction, à l'exception des douleurs aux lombes dont elle est accompagnée, s'effectue normalement. La couleur rouge — nous le répétons — est persistante pendant toute la journée. A l'examen microscopique de l'urine, on note la présence de globules rouges peu altérés, sans aucun autre élément morphologique ; à l'analyse chimique on note la présence d'une petite quantité d'albumine.

Les points qui attirent principalement notre attention sont les douleurs aux membres inférieurs et l'hématurie ; puis la dystrophie générale se révélant par les altérations aux gencives et aux plantes des pieds.

Le caractère des douleurs, leur siège, l'anesthésie concomitante, l'absence de troubles intestinaux et vésicaux sont des éléments tels, qu'ils nous dispensent de discuter le diagnostic. Nous sommes évidemment en présence d'un cas de polynévrite des membres inférieurs dont l'étiologie ne présente aucune difficulté.

A vrai dire, si toutes les autres causes qui peuvent produire cette maladie manquent (comme la syphilis, l'alcoolisme, etc.), il en est une des plus importantes qui figure dans l'histoire de notre sujet : c'est la cachexie paludéenne à laquelle nous sommes autorisés à attribuer le syndrome nerveux.

Il est certain désormais que la malaria peut produire, à une époque plus ou moins lointaine de l'infection, et, par conséquent, comme manifestation toxique, des altérations spécialement périphériques du système nerveux.

Une particularité vient s'ajouter pour confirmer notre diagnostic, c'est la coïncidence, d'un caractère spécial aux polynévrites paludéennes : celle d'attaquer principalement les membres inférieurs.

Par contre, des difficultés surgissent lorsqu'on veut expliquer la cause de l'hématurie.

En premier lieu, si nous nous en rapportons à l'histoire du sujet et à la forme sous laquelle se présente l'hématurie, nous pouvons en conclure qu'elle n'aurait pas été déterminée par une des causes que nous connaissons.

D'autre part, cette hématurie survenue au moment où la polynévrite était redevenue aiguë, la concomitance des douleurs aux reins, en outre, l'absence d'éléments capables d'amener une hématurie, tout cela nous autorise à rapprocher cette hématurie de la polynévrite et à la considérer comme une manifestation identique de la même maladie.

Nous fîmes de suite ce raisonnement : de même que les nerfs des plexus lombaires, les nerfs des plexus rénaux pourraient être le siège d'une altération qui se manifestât chez les uns par des douleurs (anesthésie, difficulté dans les mouvements), et chez les autres par des douleurs aux reins et par l'hématurie.

Mais il y a autre chose : notre raisonnement est logique, nous pouvons le pousser plus loin. L'altéra-

Digitized by Google

on des nerfs lombaires étant strictement en rapport avec les nerfs rénaux, symptôme presque concomitant, et la cachexie paludéenne étant, d'autre part, la cause de l'altération des nerfs lombaires, cette cachexie sera aussi la cause de l'altération des nerfs rénaux. De cette façon le fil qui attachait les divers anneaux de la chaîne, apparaissait clairement aux yeux.

Le diagnostic étant ainsi posé, le traitement était tout désigné : quinine et arsenic. Notre espérance n'a pas été trompée. Au fur et à mesure que le malade suivait notre traitement (quinine 1 gr., liqueur de Fowler 15 gouttes par jour), la couleur de l'urine diminuait d'intensité ; les douleurs aux reins et aux membres diminuaient également ; au jour, l'hématurie avait disparu. Vingt jours après, le malade était complètement guéri des douleurs et des nécroses aux gencives et aux pieds. La guérison persiste actuellement.

L'hématurie qui se manifeste par l'intermédiaire du système nerveux a été étudiée par Lancereaux, lequel, cependant, en disant qu'en pareils cas il ne se produit aucun désordre anatomique des voies urinaires, considère cette forme comme hématuries essentielles.

Il parle, en réalité, de causes déterminant l'hématurie (telles que la colère, l'émotion, les refroidissements, etc.), mais ces causes ne sont qu'occasionnelles.

A mon avis, pour que l'hématurie se produise par l'intermédiaire du système nerveux, un désordre pour ainsi dire fonctionnel de ce dernier n'est pas suffisant car, le cas échéant, nous devrions le constater fréquemment chez les hystériques et la prouver nous-mêmes expérimentalement.

Nous pensons, au contraire, à quelque altération qui résidera probablement soit dans le sang, soit dans les vaisseaux, ou bien encore dans l'un et dans les autres. Il ne suffit pas, en effet, que les vaisseaux se dilatent, pour que la diapédèse se produise. Il est nécessaire pour cela que le sang soit dans des conditions plus favorables ; ou bien que ces vaisseaux ouvrent anormalement la voie aux globules sanguins.

Dans le cas présent, nous avons de quoi appuyer cette assertion. La cachexie paludéenne, se révélant si bien par la constitution du malade que — et surtout particulièrement — par l'altération aux gencives et aux pieds, nous fait supposer que les vaisseaux et le sang, ou l'un et l'autre ensemble, étaient également altérés et que le système nerveux ait trouvé le terrain préparé ait pu provoquer l'hématurie.

Dans les études de Lancereaux, nous trouvons, d'ailleurs, une confirmation de notre thèse. Cet auteur dit, en effet, que cette hématurie se produit, le plus fréquemment, chez les personnes d'âge, atteintes d'hémorroïdes, comme si elle venait remplacer la fluxion anale, et met cet âge en opposition avec la jeunesse dans laquelle on constate les épistaxis et les hémoptysies.

Mais, au lieu d'interpréter la prédisposition de l'âge avancé à l'hématurie par le remplacement de la fluxion anale, n'est-il pas raisonnable de songer plutôt aux altérations dystrophiques de l'organisme et des vaisseaux en particulier sur lesquels le système nerveux peut agir plus facilement en produisant des phénomènes pathologiques ?

Ce qui pourrait paraître de la subtilité dans notre raisonnement, n'est pas sans importance; car, en déterminant l'altération générale de l'organisme, si nous pouvons en reconnaître la cause, nous aurons, autant que possible, une arme pour attaquer le mal.

Dans le cas qui nous occupe, nous avions le droit, à coup sûr, de mettre toute la symptomatologie sous la dépendance de la malaria subie précédemment, et, par le traitement (quinine et arsenic), nous avons pu subjuguer non seulement l'hématurie, mais aussi la polynévrite qui en était un symptôme certain.

On objectera peut-être que le résultat favorable de la quinine est dû à son action vaso-constrictive; mais nous devons écarter, dans le cas présent, cette action : 1° parce que dans les antécédents de notre malade nous avons constaté l'élément paludéen ; 2° parce que la guérison de la polynévrite n'aurait pu survenir aussi rapidement, si elle avait été due à la malaria.

Aussi, nous concluons en disant que le cas d'hématurie que nous venons d'examiner, étant strictement en rapport avec la cachexie paludéenne, nous avons le droit de la classifier parmi les hématuries symptomatiques.

BIBLIOGRAPHIE

Traitements modernes de l'hypertrophie de la Prostate, par le Dr Desnos, ancien interne des hôpitaux, une monographie de l'œuvre *médico-chirurgicale*, chez Masson et Cie; Prix: 1 fr.25.

Dans cette monographie fort intéressante, l'auteur étudie d'abord les méthodes palliatives (cathétérisme, ponction de la vessie, cystostomies), puis les diverses méthodes destinées à amener indirectement l'atrophie de la prostate (ingestion d'extrait de prostate, sonde à demeure, ligature des artères iliaques primitives, castration, injections sclerogènes de l'épididyme, résection des canaux déférents), enfin les interventions directes sur la prostate (cautérisation interstitielles, applications électriques, prostatectomies ; il termine par un chapitre d'indications thérapeutiques générales.

La compétence de M. Desnos en cette matière indique la valeur de ce petit livre dont nous conseillons vivement la lecture. J. H. M.

Digitized by Google

Eléments de physiologie, par Maurice Arthus, de l'Institut Pasteur de Lille, ancien professeur de physiologie, chimie physiologique et microbiologie, à l'Université de Fribourg (Suisse), 1 vol. in-16 diamant XII-874 pages, avec figures dans le texte (Masson et Cie éditeurs), cartonné toile, tranches rouges: 8 francs.

Ce manuel, résumé fidèle de l'enseignement donné par l'auteur pendant les quatre années de son professorat à l'Université de Fribourg, a été écrit pour être utile aux étudiants et est, avant tout un livre d'enseignement. Avant d'aborder la lecture des grands traités de physiologie, il est indispensable d'acquérir un ensemble de notions précises et d'idées directrices qui permette à l'élève de démêler un ensemble de faits souvent complexes. Ce sont ces notions que l'auteur s'est efforcé de condenser dans ce petit livre, qui rendra, à n'en pas douter, les plus grands services à tous ceux qui commencent l'étude de la physiologie.

Bibliographie méthodique des livres de Médecine, Chirurgie Pharmacie, Sciences, 1880-1901, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. — Pour recevoir cette Bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la librairie Maloine, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

ACTUALITÉ

La vie médicale

Le moyen d'être fort et de pouvoir imposer ses volontés, pour toute corporation qui prétend à la suprématie, est de se plier à une discipline. Que toutes les volontés particulières s'inclinent devant l'intérêt supérieur en cause et la victoire est acquise. Nous ne demandons pas au médecin d'abdiquer son indépendance; dans les conditions habituelles de la vie, il restera libre de ses mouvements. Le joug de nulle autorité ne pèsera sur lui. Il se comportera à sa fantaisie et la direction de sa conduite ne sera livrée à la merci de personne.

Seulement et dans certaines circonstances, quand une question professionnelle sera en jeu, il ne convient pas de s'abstenir et de se renfermer dans l'inaction. Tout ce qui touche à l'exercice de notre carrière ne saurait nous laisser indifférent. Prenons un exemple. Un de nos confrères est victime d'un déni de justice: des politiciens imbéciles le poursuivent, des accusations mensongères sont émises contre lui, une campagne de presse est menée tendant à le disqualifier dans l'opinion, et l'on sait combien certaines feuilles de choux provinciales, manquant d'aliment à leurs pages, se montrent promptes à insérer les nouvelles diffamatoires, du coup, ce confrère, traqué et menacé, se verra soutenu et défendu par tous. Son indignation se grossira de l'indignation unanime de ses confrères. Et c'est d'un élan combiné, ferme à la fois et confiant dans le résultat, que la lutte s'engagera d'un commun accord. Pour triompher de l'ennemi, il suffira de mettre une sourdine à nos préférences personnelles, si elles existent, et ne pas hésiter à nous débarrasser du bagage d'une opinion particulière pour endosser le sac des revendications communes et prendre place parmi les combattants.

Et notre indépendance? opposeront les contradicteurs. On en peut parler. Elle nous conduit à de jolis résultats : la liberté de mourir de faim en est la conséquence immédiate. C'est pousser un peu loin le sentiment de l'amour-propre : se griser d'une absence de tutelle dont la misère est l'aboutissant. Individuellement, le médecin gagne difficilement sa vie : la lutte lui devient chaque jour plus âpre. Groupé avec des collègues, il n'obtient même plus la considération à laquelle il a droit. Dans notre pays démocratique, l'estime ne va qu'aux gens qui font peur. Nous ne sommes pas redoutés, parce qu'isolés, livrés à nos seules forces. Groupons-nous, nous deviendrons une puissance avec qui il faudra compter. Et les politiciens nous salueront chapeau bas.

Cette union, nécessaire, indispensable, comment la réaliser? Pour ma part, je ne vois qu'un moyen! Nous instituer en société de défense médicale. A la tête le général de l'ordre : j'entends un chef de la médecine française; autour de lui, un conseil supérieur; en province et dans chaque département, les membres qui auront à leur tête un délégué, chaque chef étant élu et le chef de la médecine française étant nommé par les suffrages de tous les confrères français. Qu'il se présente par département quelques confrères résolus, et la machine, si dure semble-t-elle à poser d'aplomb, fonctionnera d'elle-même et rapidement. Le succès en pareille occurrence, est subordonné à la conviction. Ayons la foi, nous soulèverons les montagnes. Dès maintenant que les confrères à qui sourit ce projet, veuillent bien nous adresser leur adhésion. Ils seront particulièrement les bienvenus, ceux qui n'auront pas douté de la réussite à la première heure et parce qu'ils n'en auront pas douté, auront ainsi, rien que par la vertu de leur croyance, assuré le succès de l'entreprise. Qu'avons-nous à perdre à fonder une association de cet ordre? Rien, sinon notre collier de misère. Qu'avons-nous à gagner? La puissance, le bien-être, la considération.

Unissons-nous, puisque l' « Union fait la force ». — F.

Hôpital Broca Pascal. — *Leçons sur les maladies de la peau.* — M. le Dr G. Thibierge, commencera des leçons sur les maladies de la peau et la syphilis, à l'Hôpital Broca-Pascal, le samedi 18 janvier, à 10 heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Entrée : 76, rue Pascal.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le GOMENOL, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Les prostatiques méconnus

Par le Dr E. Desnos, *ancien interne des hôpitaux*

Les malades que j'ai en vue dans cette description sont loin de constituer une exception dans la pratique. Chacun de nous en a rencontré un certain nombre ; soit que les symptômes présentés restent assez insidieux pour que les malades n'appellent pas sur eux ou en détournent l'attention de leur médecin, soit que leur étude même fasse passer à côté de la lésion initiale, on voit souvent des vieillards traverser les diverses étapes du prostatisme et arriver à la cachexie urinaire sans qu'un diagnostic exact ait été posé.

Voici, par exemple, un vieillard de 70 à 75 ans, auprès de qui le médecin est appelé presque toujours pour des troubles digestifs qu'il présente. L'inappétence est complète, absolue ; par raison le malade essaie d'ingérer les substances les plus nutritives, de la viande, des farineux, mais plus il renouvelle ses tentatives, plus difficile devient la déglutition : ces aliments restent dans la cavité buccale sans franchir l'isthme du gosier autrement qu'à grand renfort de boisson ; les aliments liquides sont les seuls qu'il puisse prendre. Par contre, la soif est intense et ce dont le malade se plaint d'abord, c'est l'impossibilité de se désaltérer. Souvent, il accuse des douleurs d'estomac, une pesanteur, une gêne dans la région épigastrique, parfois des étouffements intermittents et une difficulté constante de la respiration. Un troisième point presque toujours signalé spontanément est une constipation opiniâtre. Le malade a maigri et s'en effraie ; mais à peine signale-t-il des besoins d'uriner plus fréquents qu'autrefois, qui sont à ses yeux la conséquence naturelle de sa soif et de la quantité de liquide ingéré.

La température est normale, le thermomètre reste même souvent au-dessous de 37°, phénomène fréquent chez le vieillard et qui paraît sans importance. Rien d'anormal dans l'appareil circulatoire sinon des bruits du cœur un peu sourds et des artères athéromateuses.

Si on pratique l'examen des signes physiques chez ce malade, on trouve tout d'abord une langue simplement rouge, surtout sur les bords, dépouillée de son épithélium, parfois recouverte de traînées de salive épaisse et visqueuse ; plus tard elle se dessèche tout à fait et se fendille, devient noire et écailleuse ; c'est la langue ligneuse, la langue de perroquet bien connue ; le reste de la cavité buccale est également rouge ainsi que le pharynx. Habituellement l'estomac est dilaté ; le clapotement est manifeste, gêne mal limitée de la région épigastrique sans douleur à la pression ailleurs et souvent l'intestin est distendu par des gaz, météorisme ordinairement peu accentué ; le foie est un peu gros.

Cette dilatation stomacale, la constipation habituelle, l'inappétence, semblent donner déjà l'explication de l'amaigrissement et de la déchéance de l'état général ; néanmoins on passe à l'examen de l'appareil respiratoire où l'on trouve à peine quelques râles de congestion pulmonaire et seulement si la cachexie est avancée. Le cœur bat normalement, ou avec quelques irrégularités dans le rythme ou la tonalité, qu'on attribue à l'athérôme, si fréquent à cet âge et dans ces conditions. Rien dans le système nerveux, sinon une agitation nocturne et de l'insomnie.

On procède aussitôt à l'examen de l'appareil urinaire ; tout d'abord, la polydipsie a conduit à analyser l'urine qui ne contient pas de glucose ; rarement on trouve quelques traces d'albumine, mais le taux de l'urée et des éléments minéraux de l'urine a diminué. L'aspect clinique de ce liquide ne révèle rien non plus et le fond du vase dans lequel le liquide est recueilli se voit nettement à travers le même liquide sans qu'on y remarque ni flocons, ni dépôt.

A l'exploration des reins, aucune augmentation de volume, pas de mobilité anormale, pas de sensibilité exagérée, non plus que le long des uretères ; la percussion de la région hypogastrique ne donne pas de matité, la palpation y fait quelquefois percevoir un peu d'empâtement, mais rien de précis, rien qui ressemble à un globe vésical distendu. Poursuivant l'examen on pratique le toucher rectal et l'on constate parfois une prostate d'un volume normal, très souvent même, j'allais presque dire ordinairement dans la catégorie des malades qui nous occupent, une prostate effacée, à peine appréciable au toucher ; nulle sensibilité de cette glande d'ailleurs, aucun point ramolli ni fluctuant. Ces constatations détournent en général de l'idée d'un cathétérisme explorateur et on ne saurait en faire un reproche à un praticien prudent qui sait combien sont dangereuses les interventions chez les vieillards dont les voies urinaires s'infectent avec la plus grande facilité.

Un tel ensemble symptomatique conduirait à priori à un diagnostic tout autre que celui d'une maladie de l'appareil urinaire dont l'intégrité paraît complète. Et pourtant c'est là un type parfait d'urinaire, et en reprenant, un à un, les symptômes présentés par lui, nous allons mettre en lumière les caractéristiques.

Les troubles digestifs sont tout à fait pathogno-

Digitized by Google

moniques ; sans doute on peut voir dans beaucoup de maladies, fébriles ou non, une inappétence persistante, de l'anorexie, des nausées, de la dilatation stomacale, etc. ; on sait en particulier que la répugnance pour la viande est donnée comme un des signes du cancer de l'estomac. Mais ce qui ne se rencontre que chez les urinaires, c'est l'extrême difficulté de la déglutition. Interrogeons ces malades : ce n'est pas à proprement parler l'appétit qui leur manque, mais ils ne peuvent faire franchir l'isthme du gosier à des aliments qu'ils ne parviennent pas à insaliver. Cette *dysphagie buccale*, dont la valeur diagnostique a été bien démontrée par le Pr Guyon, appartient en propre aux urinaires, et aux urinaires dont les reins sont déjà altérés, soit par la sclérose simple, soit, plus souvent, par un agent infectieux.

Un autre guide important est l'examen de la température. J'ai dit tout à l'heure que le thermomètre placé sous l'aisselle marquait 37 degrés à peine ; chez les vieillards, dont la circulation périphérique a une tendance à se ralentir, la température rectale a seule de la valeur, et il n'est pas rare de voir une différence de près d'un degré et demi entre l'aisselle et le rectum. D'ailleurs, chez les urinaires infectés, une température rectale de 37°,5 par exemple, est souvent un indice de fièvre ; l'insuffisance rénale abaisse la température, et le retour du thermomètre au chiffre normal indique un état de pyrexie.

La cachexie de l'urinaire a aussi un aspect spécial ; l'amaigrissement existe, mais il accompagne généralement les périodes ultimes, et un vieillard peut avoir parcouru déjà plusieurs étapes du prostatisme sans perdre de son poids. C'est une teinte terreuse particulière du visage, très différente de l'ictère et de la teinte jaune-paille du cancer ; c'est un affaiblissement progressif des fonctions de tous les appareils sous l'influence de l'insuffisance et de l'infection rénale.

Cet ensemble de signes minutieusement étudiés et discutés doit appeler l'attention sur l'appareil urinaire dont l'examen sera pratiqué d'une manière un peu spéciale dans ces cas. Interrogeons de nouveau le malade et pressons-le de questions, car il est rare qu'un prostatique donne spontanément des réponses précises ; il nous dira que depuis longtemps déjà les besoins se répètent plus souvent, fréquence qui a commencé par n'apparaître que la nuit, puis, qu'elle s'est fait sentir le jour, ainsi que la lenteur des mictions : jamais il n'a eu de douleur en urinant, mais il ne peut uriner à volonté et le retard dans le départ du jet se prononce de plus en plus. Dans quelques cas, on apprendra qu'il mouille son lit la nuit sans s'en apercevoir ; cette incontinence se manifeste beaucoup moins souvent pendant le jour et seulement alors à une période avancée de la maladie.

Contrairement à l'assertion du malade et de son entourage, l'urine est rarement normale ; si on la regarde à l'œil nu dans un vase à parois opaques, on n'y trouvera aucun caractère pathologique. Mais si on la recueille dans un bocal de verre, on s'aperçoit en la regardant par transparence qu'elle est pâle, un peu trouble et lactescente ; qu'elle dépose au fond du vase une couche plus ou moins épaisse de pus surnageant la masse du liquide trouble ou floconneux ; cet aspect n'appartient qu'aux états de suppuration des voies supérieures et peut exister sans aucune douleur ou sensibilité ; si au contraire il s'agit d'une cystite, ce dépôt mélangé à l'urine ammoniacale produit ces masses gélatineuses, glaireuses qui s'attachent au fond du vase. Mais les symptômes de la cystite existent alors et ne peuvent passer inaperçus.

Ailleurs, lorsque le prostatique n'est pas infecté, ce qui est rare à une période avancée, l'urine reste limpide, mais elle est peu colorée, toujours très abondante et sa faible teneur en urée et en éléments minéraux, doit mettre sur la voie du diagnostic.

Il semble plus extraordinaire que l'examen direct de l'état local permette de méconnaître une rétention d'urine d'origine prostatique : pourtant rien n'est plus facile ni plus fréquent. Un des signes donnés par les traités classiques est la matité hypogastrique ; or, chez beaucoup de malades, la percussion hypogastrique donne de la sonorité, à peine une palpation profonde fait-elle reconnaitre un peu d'empâtement lointain du bassin. C'est que, chez les prostatiques, la région de la vessie qui se distend tout d'abord est la région postérieure et le bas-fond : cette dilatation peut acquérir de grandes proportions et rester profondément située dans le bassin, alors que les faces antérieure et supérieure ne participent à cette ampliation que dans une période très avancée de la maladie. On s'en rend compte par le toucher rectal, en enfonçant profondément le doigt dans l'intestin on perçoit au-dessus de la prostate une masse globuleuse constituée par le bas-fond vésical distendu ; si on applique en même temps l'autre main sur la région hypogastrique en la déprimant quelque peu, on limite, entre cette main et le doigt rectal, un globe rempli de liquide qui n'est autre que la vessie en distension.

Il n'est pas jusqu'à l'examen de la prostate elle-même qui ne puisse induire en erreur. Sans doute, cette glande augmente ordinairement de volume à un âge avancé, mais la face rectale n'y participe souvent que pour une faible part, et à une prostate qui ne dépasse pas les dimensions classiques d'une châtaigne, correspondent des saillies intra-vésicales très développées ou disposées de telle sorte qu'elles forment un obstacle à l'évacuation de la vessie. Ail-

Digitized by Google

leurs même — et cette disposition est fréquente chez les malades que nous étudions ici et dont l'évolution morbide est silencieuse — la prostate tout entière est petite et comme atrophiée et c'est l'inertie vésicale qui joue le principal rôle de la rétention. Les malades de cette dernière catégorie ont été désignés sous le nom, impropre d'ailleurs, de prostatiques sans prostate. Ils se comportent comme des prostatiques et constituent un groupe important.

Je ne parle pas ici du cathétérisme comme moyen de diagnostic car on doit s'en dispenser : l'étude des symptômes jointe à l'examen de l'état local par le rectum, et l'hypogastre et l'analyse clinique et chimique des urines, suffit dans tous les cas. Il n'est jamais indifférent de pénétrer dans la vessie des malades de ce genre : on ne doit le faire que lorsqu'on est décidé à commencer et à poursuivre une thérapeutique locale.

Dans ces cas on est étonné de la quantité d'urine contenue dans une vessie qui ne paraissait pas distendue. Le premier jet qui s'échappe de la sonde a de la force et une certaine amplitude, mais il baisse aussitôt et l'urine tombe en bavant ; pour peu que le malade soit couché dans une position déclive, le bassin un peu enfoncé dans le lit, l'écoulement s'arrête dès que le pavillon de la sonde est un peu au-dessus du niveau de la vessie dont l'inertie musculaire est ainsi démontrée. L'urine est souvent claire au premier cathétérisme : il faut savoir qu'elle s'infecte avec la plus grande facilité ; ailleurs, elle est trouble avant tout sondage et les cultures y démontrent la présence de micro-organismes dont le plus commun est le bacterium-coli.

Il est de toute importance de poser de bonne heure ce diagnostic délicat, car il y a grand intérêt pour les malades de ce genre a être traités en temps opportun. Il n'est peut-être pas de maladie où la thérapeutique ait une action plus puissante : nocive et fatale à bref délai quand elle est mal appliquée, elle sauve la vie à des vieillards qui semblaient condamnés, quand elle se soumet à des règles basées sur observation exacte.

Un prostatique en rétention avec distension vésicale doit être sondé et sa vessie sera évacuée ; mais l'acte de pénétrer dans un milieu où l'infection se produit si facilement est souvent grave de conséquences ; un premier cathétérisme d'une vessie en distension expose pour le moins à autant de dangers qu'une laparotomie et les mêmes précautions d'antisepsie sont à prendre et à observer.

Nous n'avons pas à les rappeler ici, car nos lecteurs les connaissent : on cherchera avant tout à éviter tout traumatisme, aussi est-ce une sonde de caoutchouc assez grosse, 18 ou 20 au moins, qu'on emploiera tout d'abord ; dans la majorité des cas elle pénétrera ; en cas contraire on aura recours à la sonde-béquille de gomme, à la sonde bicoudée, ou armée d'un mandrin coudé. Il faut éviter l'emploi de sondes métalliques avec lesquelles un traumatisme est facile et dangereux.

Une fois la sonde introduite, on laissera le liquide s'écouler, non seulement sans appuyer sur l'hypogastre pour en hâter le débit, mais en bouchant au contraire de temps en temps le pavillon de la sonde pour que l'urine ne sorte que lentement. Une évacuation trop rapide amène une décompression brusque des parois qui se congestionnent, et des hémorrhagies vésicales en sont la conséquence. Pour les mêmes raisons on ne retirera qu'une petite quantité de liquide à la fois, surtout après le premier sondage, et il sera bon de remplacer une partie de l'urine évacuée par une petite quantité de solution antiseptique, d'acide borique, de nitrate d'argent ou de protargol.

Aussi n'est-ce que peu à peu que la vessie sera mise à sec. Il est difficile d'indiquer des chiffres exacts, ils varient avec la quantité de liquide retenu, l'ancienneté de la rétention, l'infection, etc., en général, il faut 2 ou 3 jours pour y arriver en augmentant très légèrement à chaque cathétérisme la quantité du liquide évacué.

Une fois que la vessie aura été vidée, les dangers du cathétérisme sont moindres, ce qui n'autorise pas toutefois à se départir des précautions antiseptiques prises jusque-là, mais les accidents sont moins formidables.

Ce danger a paru à beaucoup de chirurgiens, à M. Poncet et à ses élèves en particulier, tel que le cathétérisme en pareil cas est proscrit : ils conseillent de faire d'emblée une incision hypogastrique, de maintenir celle-ci ouverte en créant un méat hypogastrique dont on entretiendra la perméabilité, mais de ne plus passer par l'urètre considéré comme un organe désormais impropre à tout service. Pour ma part, je dois de beaux succès à cette thérapeutique ; si exagérée qu'elle paraisse, elle offre des avantages sur le cathétérisme dans les cas où celui ci ne peut être fait d'une manière convenable, soit que les déformations de l'urètre en rendent l'accès difficile ou dangereux, soit que la malade et le chirurgien se trouvent dans des conditions où le sondage ne peut être répété ; enfin et surtout dans les cas très graves, chez des malades très infectés et dont la vessie suppure, il vaut mieux ouvrir largement cette dernière que d'y introduire une sonde, même en la laissant à demeure.

Ce sont là des exceptions, car un cathétérisme bien fait suffit pour assurer l'évacuation vésicale dans la grande majorité des cas. Si, plus tard, une opération sur la prostate est jugée nécessaire, on la

Digitized by Google

pratiquera dans de meilleures conditions de résistance.

Les résultats acquis aujourd'hui de ce genre d'interventions sont encourageants et la prostatectomie est entrée dans le domaine de la thérapeutique courante de l'hypertrophie prostatique : prostatectomie totale ou partielle, ou simple incision galvano caustique intra urétrale (méthode de Bottini), toutes soulagent les malades ; je ne puis que signaler aujourd'hui les heureux effets de ces opérations, me réservant de revenir sur leurs indications dans un prochain article.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des péricardites

par le Dr M. Deguy, *ancien interne des hôpitaux*

Dans un précédent article (*Journal des Prat.*, 1901, n° 52), nous avons envisagé le traitement médical des péricardites, nous traiterons aujourd'hui, comme suite, des interventions chirurgicales.

Indications de la paracentèse. — La paracentèse du péricarde est indiquée lorsque l'épanchement devenu abondant donne lieu à des troubles fonctionnels menaçant la vie, lorsque l'on constate de la faiblesse des contractions cardiaques, un pouls petit, filiforme, des lypothymies de l'angoisse prœcordiale, une suffocation très prononcée.

Le mauvais état général, des oscillations thermiques très grandes, avec sueurs profuses, frissons, sont une indication d'urgence de la paracentèse, qui doit être tentée séance tenante en se tenant prêt pour la péricardotomie si le liquide est purulent.

MM. Terrier et Reymond conseillent avec raison, selon nous, de ne pas attendre trop longtemps pour intervenir et de pratiquer une ponction précoce, car plus on opère tard, plus on opère dans de mauvaises conditions de réussite. La ponction hâtive met le péricarde dans des conditions favorables pour la guérison. M. Rendu dit également qu'il faut se décider promptement sans attendre que les accidents soient devenus trop pressants et sans trop se fier à la bénignité apparente des symptômes fonctionnels et de l'état général. En matière de paracentèse du péricarde, il faut prendre rapidement, et à bon escient, une décision.

La ponction du péricarde doit être considérée comme une opération d'urgence. Avec les moyens dont nous disposons actuellement, elle amène la guérison dans le tiers des cas environ ; la gravité du pronostic ne dépend pas de l'opération, mais de la nature de la maladie, de l'état du cœur et de l'état général du malade (Barié). La ponction est presque sans danger et donne de bons résultats dans la péricardite séreuse, rhumatismale.

La purulence du liquide ou la nature tuberculeuse sont une contre-indication formelle, car, dans le premier cas, il faut faire la péricardotomie, dans le second cas, on doit s'abstenir. Lorsque l'épanchement se reproduit rapidement après deux tentatives de paracentèse, il vaut mieux recourir au drainage (Dickinson) (1).

Malgré ces indications précises de la paracentèse du péricarde, on n'a que bien rarement l'occasion de la pratiquer, et les observations se comptent. Jusqu'ici, on n'en cite guère que 80.

On a beaucoup discuté, sur le point d'élection de cette paracentèse : autant d'auteurs, autant d'endroits différents.

Manuel opératoire et points d'élection. — La figure ci-jointe, schématique, nous montre les divers endroits où on a conseillé de pratiquer la paracentèse :

En I, dans le 3e espace intercostal sur le rebord du sternum, la paracentèse a été pratiquée par Steavenson, Mader, Lœbel, Schuh, Sharp (*Brit. méd. journ. 1895*).

En II, dans le 4e espace sur le bord du sternum, se trouve le point d'élection recommandé par Trousseau, et admis par Karanaeff, Pirogoff, A. Guérin.

En III dans le 5e espace à gauche du sternum est le point de Baizeau, Aran, admis par Behier, Bouchut, Maurice Raynaud.

En IV, dans le 6e espace, c'est le point recommandé par Delorme et Mignon, Hare, Woïnitch Sianojentzky.

Nous remarquerons facilement, d'après la figure, que tous ces auteurs ont eu la préoccupation de passer en dedans de l'artère mammaire interne et de ne pas la blesser. Donc, 4 procédés en dedans de la mammaire : de Sharp, de Trousseau, de Baizeau, de Delorme et Mignon.

A côté de ceux-ci, il y a les procédés en dehors de la mammaire. Par ces procédés, on va à environ 4 à 6 centimètres du bord gauche du sternum. Les espaces choisis sont le 4e et le 5e, ce dernier de préférence, car il est plus près de la pointe du cœur. Ces lieux d'élection, considérés comme classiques aujourd'hui, ont été adoptés par Henri Roger (2) Dieulafoy (3), Giraudeau (4), Shattuck, Behier et Potain

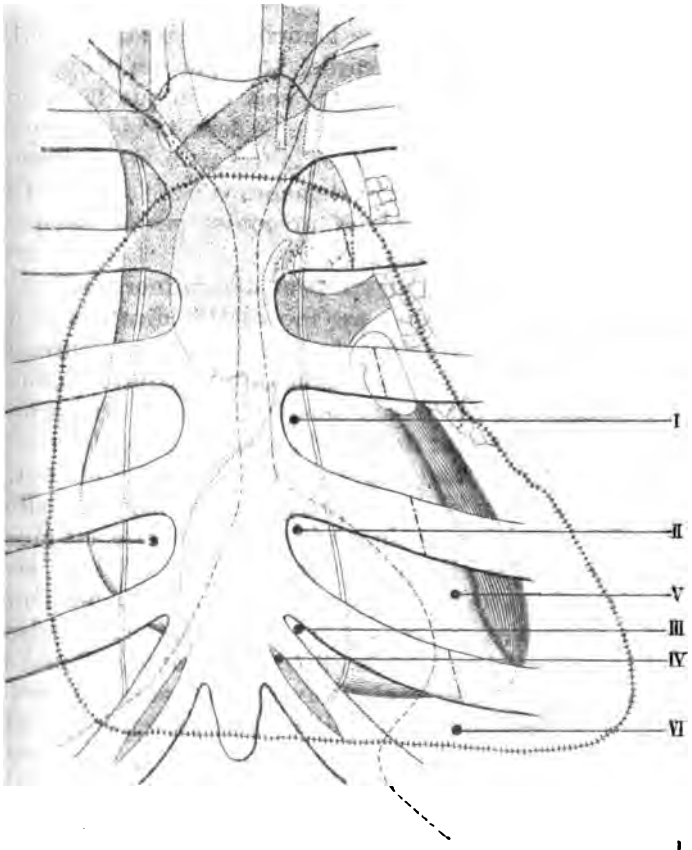
(1) Dans les cas d'hydropéricarde simple, la paracentèse est indiquée lorsque se produisent des accidents de compression. L'évacuation du liquide contenu dans la séreuse est un utile adjuvant de la médication diurétique. On sait l'importance des ponctions d'épanchement pleural dans le cas d'oligurie, elles favorisent l'action de la médication digitalique ou théobromique. Il en est de même pour la ponction d'un épanchement du péricarde.

(2) *Gaz. hebd. de méd. et chir.* (Paris 1868.)

(3) *Soc. méd. Hôp.* 1868 et *Acad méd.* 1875.

(4) *Sem. méd.*, 14 Sept. 1898.

Digitized by Google



ont ponctionné les 6e et 7e espaces, ce qui est possible dans les grands épanchements qui abaissent la voûte diaphragmatique.

Ainsi qu'on le voit très nettement par la figure, les ponctions extra-mammaires sont presque fatalement faites à travers le cul-de-sac pleural, et le fait n'est pas sans inconvénients, car, on peut l'infecter, s'il ne l'est pas déjà, et aggraver, de ce fait, le pronostic de la maladie (Trousseau, Delorme et Mignon). On a parfois vu en pratiquant la paracentèse dans le 6e espace, sortir successivement deux liquides de caractères différents, l'un pleural, l'autre péricardique.

Une pneumonie peut même être la conséquence de la ponction.

On a proposé aussi de ponctionner à droite du sternum, en VII ; mais là, on traverse fatalement la plèvre droite et on risque la blessure de l'oreillette qui pardonne moins que celle des ventricules. Cette méthode a été préconisée par Rotch, Wilson et Dickinson.

Comme on voit, nombreux sont les points préconisés, lequel choisir?

MM. Terrier et Reymond (*Chirurgie du cœur et du péricarde*) disent que dans tous les cas où l'on pense que le contenu du péricarde est aseptique, il y a lieu de donner la préférence au procédé de Dieulafoy ; mais, si on suppose que le péricarde contient du pus, le procédé juxta-sternal pourra être préféré, d'autant que si l'on fait une boutonnière à la peau avant de se servir du trocart, l'incision pratiquée en ce point constituera le premier temps de la péricardotomie au cas où ce sera du pus que ramènera la ponction.

M. Rendu (*Clinique méd. 1890*) fait observer que si on a conseillé de si nombreux points d'élection de la ponction, c'est que, quand le péricarde est très distendu par du liquide, il est possible d'y pénétrer par des points multiples et d'étendre, sans trop de dangers, le champ opératoire. Cet auteur conseille de ponctionner au dessous et en dehors de la pointe du cœur, à la base du sac péricardique. Le cœur flotte dans le liquide, fixé par les deux veines caves, l'aorte et l'artère pulmonaire. Il y a donc, sinon une absolue certitude, du moins de sérieuses chances pour que la pointe du cœur ne descende pas aussi bas que de coutume : dès lors, en ponctionnant dans le 7e, où à plus forte raison dans le 8e espace, au-dessous et en dehors de la ligne mammaire, non loin des limites de la matité, on tombe à coup sûr dans la collection liquide sans s'exposer à léser le cœur.

Nous souscrivons absolument à ces judicieuses remarques de M. Rendu, et notre opinion personnelle est la suivante : On doit absolument rejeter tous les procédés de ponction qui vont en avant du cœur. Sans doute, ils ont parfois réussi, mais ils risquent d'échouer, car on ne doit pas oublier que le cœur est toujours porté en avant, que souvent, il y a des adhérences précordiales et qu'on risque alors ou bien la blessure de cet organe, ou bien une ponction blanche.

Il faut donc passer en dessous du cœur, à l'endroit où se collecte le liquide, et les conseils de M. Rendu sont absolument justes. Si l'on redoute de blesser la plèvre, nous conseillons de passer dans l'angle formé par l'appendice xyphoïde et le 7e cartilage costal gauche. En cet endroit, il n'existe aucun danger de traverser la plèvre ou de blesser l'artère mammaire.

Le danger de blessure du cœur est illusoire, car, à ce niveau, le péricarde est maintenu tendu en bas par les ligaments xypho péricarditiques et par ses attaches au centre phrénique, tandis que le cœur est remonté, suspendu par son pédicule artério-veineux. Le liquide vient de plus se collecter dans ce cul-de-sac inférieur et permet d'éviter la blessure du cœur.

La technique de la ponction consiste simplement à faire remonter la pointe du trocart en haut, et très légèrement à gauche, en cheminant presque parallèlement à la face postérieure du sternum. On se guidera

Digitized by Google

sur la matité pour savoir si l'on doit remonter plus ou moins haut, mais une profondeur de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 est d'ordinaire suffisante. On peut facilement sur le cadavre répéter cette opération et constater qu'elle ne présente aucun danger à condition de remonter en arrière parallèlement ou à peu près au sternum. Elle permettra d'évacuer le liquide situé à la face postérieure du cœur, même s'il y a des adhérences en avant. L'obliquité plus ou moins grande avec laquelle on devra diriger le trocart sera jugée par l'examen clinique, suivant l'abaissement plus ou moins grand du diaphragme.

Le manuel opératoire en lui-même est simple : c'est le même que pour une ponction de la plèvre avec les mêmes appareils, les mêmes aspirateurs, les mêmes précautions antiseptiques. On a complètement abandonné, de nos jours, le procédé de C. Paul, qui n'employait pas l'aspiration et se contentait de laisser baver le liquide par un trocart ordinaire qu'il faisait séjourner une demi-heure à une heure en place.

Quelques détails relatifs à la paracentèse du péricarde méritent d'être rappelés.

Certains auteurs, Baizeau entre autres, avant de pratiquer la paracentèse du péricarde, faisaient au bistouri une incision cutanée, transversale, empiétant un peu sur le sternum. Delorme et Mignon recommandent également cette incision, au niveau du 6e espace ; ils rasent le bord sternal avec le trocart, en l'inclinant d'abord en dedans, puis ils le redressent ensuite. La profondeur à laquelle il convient de pénétrer est d'environ 2 à 3 centimètres. Woïnitch Sianojenski considère cette dernière profondeur comme un maximum. Il est prudent, dit-il, de renoncer à la ponction, alors que le trocart pénétrant à 2 cent. 1/2 ne ramène pas de liquide, après avoir fait asseoir le malade.

Ce qui devra guider également le médecin, c'est l'évaluation approximative de l'épaisseur de la paroi thoracique et des couches graisseuses ; il faut aller plus loin chez les sujets gras, obèses, que chez les sujets maigres, et plus profondément également chez les adultes que chez les enfants.

Les injections modificatrices consécutives à la ponction ne paraissent pas recommandables.

Toute ponction évacuatrice devra, en principe, être précédée d'une ponction exploratrice.

Quel que soit l'endroit choisi pour la ponction, il faut savoir que le sac péricardique est toujours d'une certaine épaisseur, quelquefois très épais, et que distendu par un liquide, il exige un réel effort pour céder au trocart et se laisser perforer ; il y a là un petit coup décisif qu'il faut savoir donner d'une main ferme, en retenant l'instrument (Lejars).

Accidents de la paracentèse du péricarde.

La ponction peut être blanche, soit qu'on ne soit pas arrivé dans la péricarde, soit que des parcelles solides bouchent le trocart, soit enfin que le cœur vienne directement l'obturer. Ce dernier cas, le plus fréquent, peut être évité si le trocart a des œillères latérales ; il peut être également évité si l'on pénètre par en bas dans l'endroit préconisé par M. Rendu, ou dans l'angle xypho-costal.

La blessure de la plèvre peut déterminer l'inflammation de cette séreuse par inoculation directe si l'on a méconnu la purulence du liquide; s'il y a pleurésie séreuse concomitante, la ponction se trouve rendue plus délicate, car il faut déjà évacuer la plèvre et on risque, en retirant du pus du péricarde, de déterminer la transformation purulente du liquide pleural. La blessure du cœur est presque inoffensive, si elle se fait en plein muscle cardiaque, mais elle est plus dangereuse si elle porte sur les sillons où sont les veines, les artères et les nerfs. C'est probablement des blessures de ce genre qui ont déterminé des hémopéricardes mortels. Baizeau, Southey, Roache ont vu la mort survenir deux heures après une blessure du cœur, West a observé un cas de mort presque subite.

La blessure de l'oreillette droite ou de l'auricule est plus dangereuse que celle des ventricules.

Péricardotomie.—Lorsqu'une péricardite suppurée est diagnostiquée, et que l'état du malade le permet, on devra pratiquer la péricardotomie.

Indications. — La péricardotomie ne nous paraît pas justifiée dans tous les cas de pyopéricarde. Nous pensons qu'elle est dangereuse ou pour le moins inutile dans les péricardites purulentes, tuberculeuses ou brightiques, et, en général, dans tous les épanchements purulents apyrétiques de la séreuse, car cette évolution apyrétique d'un liquide purulent indique, ou une déchéance profonde de l'organisme (âge avancé, maladie constitutionnelle grave), ou une absence de réaction telle de la séreuse, que la simple ponction évacuatrice suffira.

Ces épanchements purulents froids sont rarement diagnostiqués, à cause de leur latence, et il est très exceptionnel qu'on ait, à leur sujet, l'occasion de discuter l'opportunité d'une intervention.

La péricardotomie ne nous paraît indiquée que dans les péricardites purulentes consécutives à un traumatisme, ou bien dans les péricardites purulentes aiguës, dont le pneumocoque est le plus souvent l'agent causal, et lorsque l'examen clinique montre que la péricardite constitue, à elle seule, toute la maladie, et qu'elle n'est pas simplement la manifestation localisée d'une pyémie. Lorsqu'on fait une paracentèse du péricarde, si on n'est pas certain de la

Digitized by Google

non-purulence du liquide, il faut se tenir prêt à la péricardotomie.

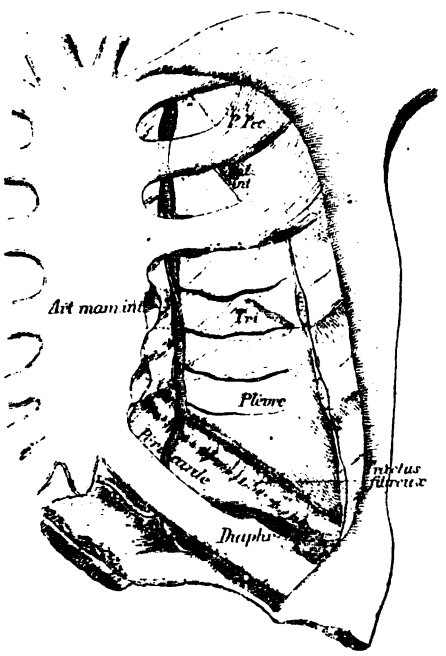
Les voies d'accès du péricarde sont relativement simples pour que l'opération soit à portée de tous, mais il est absolument nécessaire de faire des résections osseuses ou cartilagineuses.

Il faut rejeter de la pratique les incisions intercostales simples, insuffisantes et dangereuses, celles de Desault (6e espace, celles de Romero (5e espace), celles de Parker (4e espace). Si Teale, Dickinson, Dawidson ont pu réussir par ces procédés, ils n'ont pas eu beaucoup d'imitateurs.

Voici le procédé conseillé par M. Ollier :

Procédé Ollier : Une incision de trois travers de doigt environ, part du milieu du sternum et suit le 5e cartilage costal gauche que l'on reconnaît facilement. Le 5e cartilage est désarticulé au niveau de son articulation avec le sternum, puis luxé en dehors. Il se détache au niveau de l'article chondrocostale et on l'extirpe facilement. Parallèlement au bord gauche du sternum, et tout près de lui, on incise en long les intercostaux que l'on récline en dehors.

On voit au-dessous le triangulaire auquel la plèvre adhère intimement. On détache les insertions de ce muscle sous le bord sternal et un peu à la face postérieure du sternum, avec une rugine courbe et mousse, ou simplement avec la sonde cannelée. Les ligitations du triangulaire étant libérées, le doigt récline tous les tissus en dehors, et entraîne le cul-de-sac pleural avec le triangulaire, les nerfs et vaisseaux mammaires. Le tout est recliné à gauche à l'aide d'un écarteur.



Il ne reste plus qu'à inciser le péricarde qui se trouve au fond de la plaie. La figure ci-jointe, nous montre les rapports utiles à connaître du péricarde avec la plèvre, l'artère mammaire, le triangulaire et le gril costal.

Procédé Delorme et Mignon: MM. Delorme et Mignon ont proposé l'excision des 5e et 6e cartilages. Une incision verticale va de la 6e à la 7e côte, à un travers de doigt du bord sternal gauche. Deux autres incisions transversales partent des extrémités de cette dernière, de manière à former deux lambeaux cutanés doublés des fibres du grand pectoral. On libère et relève rapidement ces lambeaux. De même que dans la méthode précédente, on resèque les 5e et 6e cartilages costaux. Comme précédemment encore, on sectionne les espaces intercostaux près du sternum, et on désinsère le triangulaire à la partie postérieure du sternum. En retirant ce muscle en dehors et à gauche, on amène avec lui le cul-de-sac pleural et la mammaire interne.

Le péricarde est ensuite incisé entre deux pinces. Il faut inciser en long et prudemment, quand, ce qui arrive parfois, on ne peut saisir le péricarde avec une pince et obtenir ainsi un cône séreux d'incision facile. Il est de toute nécessité d'aller doucement, car l'épanchement étant la plupart du temps rétrocardiaque, refoule le cœur en avant, et on pourrait assez facilement blesser cet organe. Un drainage simple terminera l'opération, mais on pourra aussi pratiquer un lavage de la séreuse à l'eau bouillie tiède.

Tels sont les deux procédés recommandés pour la péricardotomie. Ce sont, en somme, deux modalités d'une même méthode, consistant à désinsérer le triangulaire et à recliner en dehors les vaisseaux mammaires, et le cul-de-sac pleural, qui sont les deux gros dangers et les deux gros écueils de la péricardotomie. Le manuel opératoire ainsi conçu permet de les éviter.

Ces procédés sont cependant passibles de quelques critiques : l'expérience montre qu'ils peuvent être insuffisants et dangereux par blessure du cœur, lorsque celui-ci est adhérent à sa face antérieure. Pareil fait est arrivé à MM. Delorme et Mignon, qui ont laissé des péricardotomies inachevées, la symphyse antérieure les ayant arrêtés, et des épanchements de plus d'un litre ayant été laissés à la face postérieure du cœur. De plus, l'écoulement du liquide ne se fait souvent que lorsque le patient est assis, et cette position, n'est pas d'ordinaire compatible avec son état. Le drainage est souvent insuffisant, car il ne se fait pas en un point déclive.

Il était donc logique de rechercher d'autres voies d'accès du péricarde.

Larrey a préconisé une voie d'accès du péricarde qui mérite peut-être plus d'attention qu'on ne lui en porte généralement. On fait une incision oblique tout le long du 7e cartilage costal, depuis l'articulation

Digitized by Google

chondrosternale de ce cartilage. Au dessous, les insertions du muscle droit sont sectionnées. On arrive alors, en remontant un peu en haut, dans un espace celluleux lâche, situé entre le péricarde, le thorax et la convexité du diaphragme. On aborde facilement le péricarde.

Nous avons maintes fois, sur des cadavres d'enfants de 4 à 15 ans, répété cette opération, et il est remarquable avec quelle facilité on arrive sur le péricarde, et cela sans aucun danger, même de blessure du cœur, car cet organe est appendu à son pédicule vasculaire et ne vient pas jusqu'au bas du cul-de-sac péricarditique.

Les avantages de cette voie sont les suivants : aucun danger de blessure de la plèvre, ni de la mammaire, si l'on a soin de se tenir toujours près du sternum ; facilité d'accès du péricarde qui vient de lui-même sous le bistouri lorsqu'il est distendu par un épanchement ; possibilité de drainage postérieur du péricarde, l'épanchement étant presque toujours retro et infra-cardiaque ; chances beaucoup moins nombreuses de trouver des adhérences péricarditiques, celles-ci étant toujours antérieures.

Les reproches qu'on peut faire sont la section des insertions du muscle droit, qu'il vaut mieux éviter, et aussi la possibilité d'ouvrir le péritoine. Nous tenons cependant ce dernier reproche comme très secondaire, car il est toujours possible de l'éviter avec une bonne technique.

M. Jaboulay (*Lyon méd.*, oct. 1900), conseille de pénétrer par une incision médiane de la partie supérieure de la ligne blanche dans le tissu cellulaire prœpéritonéal, par dessous l'appendice xyphoïde, et de remonter dans le thorax en traversant la couche lamelleuse interposée entre la face postérieure de l'appendice et le péritoine pariétal. L'index remonte derrière l'appendice, et va percevoir les battements du cœur. Alors, une pince hémostatique est introduite sur lui pour saisir le péricarde, l'inciser et le drainer. Il n'y a pas d'hémorragie, pas de danger d'ouvrir la plèvre, et le drainage se fait dans la partie la plus déclive.

En ce qui nous concerne, nous avons étudié expérimentalement la question, et nous pensons qu'on peut toujours aller sans danger, drainer le péricarde par la voie xyphoïdienne, et que cette voie est très facile à suivre quand il y a épanchement, car ce dernier refoule le diaphragme en bas. Le péricarde vient bomber à ce niveau, et le cœur se trouve éloigné par suite de ses connexions vasculaires qui le maintiennent plus haut. En matière de thérapeutique chirurgicale du péricarde, il faut toujours se souvenir de la loi suivante, que nous répétons encore une fois : c'est que les épanchements sont toujours *rétro-cardiaques*, et que lorsqu'une symphyse se constitue, elle est d'abord *prœcardiaque*. Il faut donc toujours essayer d'aborder le péricarde près de sa face postérieure, et drainer cette partie postérieure. La voie xyphoïdienne permet d'atteindre ce but.

Voici le *modus faciendi* que nous conseillons :

1° Incision de 5 centimètres sur la ligne médiane commençant un peu au-dessus de l'union du sternum et de l'appendice xyphoïde, et allant directement jusqu'à l'os,

2° Résection sous-périostée de l'appendice xyphoïde que l'on devra enlever dans sa totalité.

L'hémostase n'est pas nécessaire, car rien ne saigne ;

3° Incision verticale, prudente et lente du périoste et du tissu fibreux rétro-xyphoïdien. On met un écarteur de chaque côté de l'incision. On voit alors les fibres musculaires du diaphragme qui montent et ont été désinsérées de l'appendice xyphoïde. On peut se contenter de dilacérer le tissu cellulaire avec la sonde cannelée, mais il faut toujours en diriger le bec en haut, dans la direction de la cage thoracique.

Il vaut mieux que le doigt en remontant en arrière du sternum, à peu près parallèlement à lui, et sur la *ligne médiane*, enfoncer le tissu cellulaire lâche qui se trouve à ce niveau. Le doigt est bientôt arrêté par le péricarde que l'on reconnaît de visu par sa couleur blanchâtre aponévrotique ;

4° Il suffit alors, soit en se guidant sur le doigt, soit par la vue, de saisir la séreuse avec une pince bien mordante, comme les pinces de Kocher : on l'attire à soi, on l'incise, et l'on saisit chaque lèvre d'incision dans une pince, pour permettre plus facilement le drainage. Si, dans ces conditions, on enfonce un drain, il passe toujours à la face postérieure du cœur, ce que l'on doit chercher, et il se trouve situé au niveau du sillon auriculo-ventriculaire postérieur. Il vaut peut-être mieux s'abstenir de mettre un drain, et se contenter d'une mèche de gaze stérilisée.

Citons encore d'autres procédés qui ont eu leurs défenseurs.

La trépanation du sternum, pour accéder au péricarde, proposée par Riolan, puis par Skielderup, Laennec, semble avoir donné de bons résultats entre les mains de Malle, de Beckmann, mais est abandonnée de nos jours.

Durand a préconisé la résection des bords du sternum, pour donner davantage de jour lorsqu'on a excisé la cinquième côte.

Plus récemment, Woinitch Sianojentzki préconise trois modes opératoires différents, suivant la quantité de liquide contenue dans le péricarde. Pour les petits épanchements de 150 c/c., on ferait une brèche au niveau du cartilage sternal de la sixième et septième côtes, empiétant sur le sternum ; pour les épanche-

Digitized by Google

ments moyens, on réséquerait seulement les sixième et septième cartilages costaux ; pour les épanchements abondants, de plus de 800 gr., on réséquerait seulement le septième cartilage.

Toutes ces considérations sont plutôt théoriques, car il est bien difficile d'évaluer la quantité d'un épanchement purulent péricarditique, même si on l'a diagnostiqué. Le drainage, d'après Woinitch, peut être fait à la gaze iodoformée.

En résumé, jusque maintenant tout ce qui a été dit sur les péricardotomies, manque encore de la sanction pratique, car les observations sont trop peu nombreuses. Nous croyons qu'on peut s'en tenir actuellement aux quelques considérations suivantes : Un épanchement purulent du péricarde est difficilement diagnosticable, et, lorsqu'il est évident, il est toujours abondant. Dans ces conditions, la péricardotomie s'impose, et elle peut toujours être facilement pratiquée par la voie xyphoïdienne, car le cul-de-sac inférieur du péricarde toujours distendu à ce niveau, a refoulé devant lui le diaphragme, et est par conséquent facilement accessible sans aucun danger.

Traitement des péricardites chroniques. — Nous serons bref à leur sujet, car, lorsqu'une péricardite chronique est bien tolérée, il n'y a aucune thérapeutique à faire. Il convient simplement d'éviter toutes les causes de surmenage du cœur.

Lorsque la péricardite est mal tolérée, c'est l'asystolie qui s'installe et le traitement ne diffère en rien de celui de ce syndrome. Si cependant l'on supposait l'existence d'un épanchement chronique, on pourrait à la rigueur le ponctionner, sans toutefois se faire illusion sur le résultat ; mais la plupart du temps, il s'agit de symphyses contre lesquelles nous sommes désarmés. Nous citerons cependant, pour mémoire, les infructueuses tentatives de Delorme qui proposait la destruction des adhérences au niveau des ventricules (*Soc. chir. oct. 1898*). La minceur des oreillettes commande de s'abstenir de toute action à leur niveau.

Formulaire du Praticien

Les incompatibilités médicamenteuses

Incompatibilité de la paraldehyde et du bromure de potassium. — On sait que la paraldehyde possède des propriétés oxydantes comparables à celles de l'eau oxygénée. Dans ces conditions, il était intéressant de rechercher si cette action oxydante de la paraldehyde s'exercerait sur le bromure de potassium dans une préparation magistrale, c'est-à-dire si le bromure serait transformé en bromate. C'est ce qu'a fait M. Brissemoret :

Avec du bromure de potassium dans lequel la recherche du bromate de potassium avait fourni un résultat négatif, il a préparé la solution :

Bromure de potassium.....	3	grammes.
Paraldehyde.....	4	—
Eau distillée.....	150	—

Il a ensuite évaporé à basse température une partie de la solution qui lui a donné les réactions du bromate de potasse (action Hcl, action So^4H^2 dilué). Le bromure de potassium et le paraldehyde sont fréquemment associés, et on conçoit aisément qu'une préparation qui renferme ces deux médicaments, perde au moins une partie des propriétés médicamenteuses sur lesquelles on pouvait compter.

Incompatibilité des préparations d'hydrastis canadensis et d'hamamelis virginica. — Une autre association qu'on fait souvent, parce qu'elle réalise une association synergique, doit, à notre avis, être évitée. C'est celle des préparations d'hydrastis canadensis et d'hamamelis virginica.

En effet, lorsqu'on associe les extraits fluides de ces médicaments ou leurs teintures, on obtient un précipité de couleur sale qui entraîne très probablement la majeure partie des principes actifs.

Le pharmacien chargé d'exécuter une prescription ainsi conçue, se pose toujours l'éternelle question : Doit-on, ou ne doit-on pas filtrer ?

Dans le premier cas, il délivrera une préparation limpide, sûrement exempte d'une partie de l'agent médicamenteux et que son client appréciera peut-être.

Dans le second cas, s'il respecte la prescription, il délivrera un médicament d'aspect louche à tous les points de vue, qui ne sera peut être pas plus actif que le précédent et dont le client pourra être mécontent. — A. G.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La bicyclette dans les dyspepsies. — Les dyspeptiques peuvent retirer un bénéfice réel de l'usage modéré de la bicyclette. Bien entendu il ne s'agit pas de sujets atteints d'embarras gastrique fébrile ou d'ulcères, mais bien de cette dyspepsie chronique ou subaiguë qui tient le milieu entre une maladie catarrhale et une maladie nerveuse. Ces malades ne sont pas de vrais neurasthéniques, mais des dyspeptiques nerveux, fatigués par la vie sédentaire, le surmenage, le manque d'air, comme le praticien en voit beaucoup dans son cabinet. D'après Fürbringer (*Zeitschift f. diæt. und physik. Therap.*) la promenade à bicyclette à une vitesse de 12 kilom. à l'heure ou au dessous, leur ouvrira l'appétit, et leur permettra de manger des mets qu'ils ne digéraient pas auparavant ; elle leur enlèvera les sensations pénibles de pyrosis et de cardialgie.

Fürbringer concède que d'autres sports, en particulier l'alpinisme, ont les mêmes avantages. Mais il est plus facile de faire une promenade à vélo qu'un voyage dans la montagne. Le cyclisme agit du reste plus rapidement que le tourisme pédestre. Cette supériorité tiendrait à la trépidation qui fait un massage vibratoire de l'estomac, dont les avantages ont été exposés dans ce journal par M. Cautru. Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Lupulin. — Tout récemment, dans le service de M. Huchard se trouvait un malade atteint de spermatorrhée. Notre maître interroge autour de lui, demandant quelle thérapeutique il convient d'appliquer dans un cas semblable. Personne ne lui fait la réponse qu'il attendait, personne ne nomme le lupulin qu'il prescrit au malade à la dose de un gramme par jour. « Ce vieux médicament que la thérapeutique moderne portée vers les nouveautés tend à faire tomber, comme bien d'autres, dans un injuste oubli, est cependant, dit-il, le meilleur des anaphrodisiaques ».

Rappelons en quelques mots son origine et son histoire.

Le lupulin n'est pas, comme son nom pourrait le faire croire, un principe immédiat, un de ces composés chimiques bien définis, à molécule plus ou moins compliquée, comme la science moderne nous en présente à profusion. C'est une drogue simple, ou plutôt une partie d'une drogue simple. Il est constitué par les poils glandulaires qui tapissent intérieurement la base des bractées et de l'ovaire dans l'inflorescence femelle ou cône du houblon (humulus lupulus) (1), plante de la famille des urticacées-cannabinées, assez répandue en France pour que nous soyons dispensés d'en donner ici une description.

On obtient le lupulin de la façon la plus simple. Il suffit d'effeuiller les cônes du houblon et de les agiter sur un tamis. Les poils glandulaires détachés tombent en une poudre à gros grains de couleur rouge dont on obtient environ un huitième à un dixième en poids du houblon employé. Ces glandes sont pédicellées et présentent, vues au microscope, la forme d'une coupe ; triturées dans un mortier, elles se réduisent en une masse poisseuse, la rupture de leur enveloppe répandant au dehors l'oléo-résine qu'elles contiennent. La composition chimique du lupulin est assez complexe. Il renferme 1 à 2 1/2 pour cent d'huile essentielle, un principe amer, une cire, des résines.

L'essence de houblon (Wurtz) est en majeure partie constituée par un sesquiterpène ($C^{15}H^{24}$), l'Humulène et par d'autres hydrocarbures un peu plus riches en hydrogène de formule $C^{10}H^{18}$. Le principe amer est encore très mal connu bien qu'il ait été beaucoup étudié. Pelletan l'appelle *lupulite*; il présente une réaction acide.

L'emploi thérapeutique du lupulin répond à trois indications

En première ligne, il faut placer son *action anaphrodisiaque* qui est des plus nettes. Elle a été signalée par Planche en 1813; le lupulin a également été étudié au point de vue thérapeutique par Yves (de New-York), en 1822, puis par Payen et Chevallier, enfin par Pelletan. C'est à l'essence qu'il contient qu'il faut attribuer son action sédative sur l'éréthisme des organes génitaux. D'après Page, « 25 à 30 centigrammes de lupulin arrêtent l'érection et suspendent les accidents inflammatoires de la gonorrhée mieux que le camphre ou l'opium qui provoquent de la céphalalgie »; il reconnaît aussi son action sur les pertes séminales, contre lesquelles Ricord dit l'avoir vu réussir dans les 4/5 des cas. Les témoignages autorisés abondent en faveur de ce vieux médicament, et bien qu'il soit à peu près oublié aujourd'hui, il n'a rien perdu pour cela de ses propriétés ; il a donné dans le service de M. Huchard les meilleurs résultats.

Par son principe amer (*lupulite* de Pelletan), contenu également dans les glandes qui constituent le lupulin, le houblon est un *tonique* et un *apéritif* précieux. C'est à lui que la bière doit ses propriétés hygiéniques, tandis qu'elle doit ses propriétés nutritives aux dextrines et aux sucres qu'elle tient en dissolution.

Une troisième propriété thérapeutique du houblon, moins connue, mais aussi moins certaine, c'est son *action narcotique*. Desroche emploie l'extrait aqueux de houblon à la dose de 1 gramme pour remplacer l'extrait d'opium. Yves (de New-York) vante également les propriétés toniques et narcotiques du houblon, dont aucun médicament, dit-il, n'offre l'heureux concours. En réalité, les propriétés narcotiques ne sauraient rien avoir de bien étonnant si l'on songe que le houblon appartient à la famille des cannabinées et qu'il est le proche parent du cannabis indica, variété tropicale du cannabis sativus ou chanvre cultivé de nos pays.

Mode d'administration. — Le lupulin s'administre en nature à la dose de 1 à 3 grammes par jour en cachets de 0 gr. 50.

(1) Lemery, dans son « *Traité universel des drogues simples* », donne du nom latin de cette plante l'étymologie suivante : « Lupulus a lupo », parce qu'on a cru que le loup se cachait sous les branches du houblon, qui se courbent ordinairement comme par humilité, ce qui a fait donner à la plante le nom de humulus.

Digitized by Google

C'est la préparation de choix. On a vanté aussi la forme de saccharure pour l'administration de ce médicament. En réalité, cette préparation qui consiste à broyer le lupulin avec du sucre est défectueuse, elle favorise l'oxydation à l'air de l'essence qui se transforme en résine et peut perdre une partie de ses propriétés. Lorsqu'on veut utiliser les propriétés toniques et apéritives du houblon, on s'adresse à l'extrait aqueux que l'on peut donner en pilules de 15 à 20 centigrammes, à la dose de 2 à 4 par jour. Quant à ses propriétés narcotiques, ellès sont peu utilisées, peut-être mériteraient-elles d'être mieux connues. — E. A.

DERMATOLOGIE

L'herpès récidivant de la peau. — Cette affection est loin d'être fréquente, si bien qu'on en trouve les observations disséminées de côté et d'autre. Ces observations présentent des caractères assez dissemblables pour qu'on puisse diviser l'herpès récidivant de la peau, d'après le siège, en trois groupes différents ; 1° l'herpès des doigts ; 2° l'herpès de la face ; 3° l'herpès de la fesse.

L'herpès récidivant des doigts est extrêmement rare, incomplètement décrit, et forme un groupe assez confus. L'observation d'Hallopeau pourrait peut-être servir de type : jeune femme sujette depuis trois ans à des poussées successives d'herpès sur les faces latérales du médius gauche et dans la paume de la main suivant l'axe du médius.

L'herpès récidivant de la face siège à peu près constamment à la partie moyenne ou inférieure de l'une ou l'autre joue. Chaque poussée est généralement annoncée un ou deux jours d'avance par une sensation de chaleur ou de démangeaison au point où va se faire l'éruption. Cette éruption est caractérisée par l'apparition de vésicules claires tendues, qui, les jours suivants, deviennent louches pour se dessécher en croûtes qui tombent au bout de huit jours et laissent souvent persister de légères cicatrices. La maladie débute dans la première enfance et évolue sans périodicité régulière et sans que sa disparition ait été consignée dans aucune observation. Les malades ne présentent aucune tare constitutionnelle et l'on n'a signalé aucune cause occasionnelle. Pendant la période d'éruption la santé générale est aussi bonne qu'avant ; il n'y a même pas de troubles gastriques.

L'herpès récidivant de la fesse siège sur la fesse de l'un ou l'autre côté (le plus souvent à droite) et peut également occuper les régions voisines telles que la partie postérieure de la cuisse ou la partie interne de la fesse près de la marge de l'anus. L'éruption est souvent précédée, soit par une attaque de migraine, soit par des névralgies siégeant sur le territoire du sciatique généralement au point qu'occupera l'éruption ; d'autres fois en des points plus éloignés, voire même du côté opposé ; une fois produite, elle évolue comme d'habitude, guérissant en une ou deux semaines et laissant assez souvent quelques cicatrices superficielles. La maladie débute chez des adultes, en général entre 20 et 30 ans ; elle ne rétrocède pas plus que la forme précédente. Les personnes qui en sont atteintes sont des arthritiques ; elles ont eu quelquefois antérieurement de l'herpès récidivant buccal ou génital. La coïncidence ou l'alternance avec la migraine est frappante. Il faut encore remarquer que la manifestation éruptive n'est pas toujours unique. C'est ainsi que dans l'observation de Dubreuilh et Dorso (*Annales de Dermat. et de Syphil.* 1901) il « survenait à la face palmaire des poignets des « poussées vésiculeuses d'aspect dyshidrosique, très « fréquentes, presque continues, généralement dis- « crètes, mais quelquefois très abondantes, et les « poussées d'herpès récidivant de la fesse coïnci- « daient avec les poussées les plus abondantes du « côté des poignets. »

L'herpès récidivant de la peau, siégeant toujours au même point et accompagné dans la plupart des cas de troubles névralgiques doit être distingué des affections suivantes : *l'érythème dû à l'antipyrine* qui a le même aspect, récidive toujours au même point et a été précédé de migraines ou de névralgies qui ont provoqué l'usage du médicament ; mais il n'y a aucun rapport de localisation entre les névralgies antécédentes et l'éruption : l'érythème antipyrinique est beaucoup plus œdémateux et infiltré ; il est douloureux par lui-même et laisse à sa suite non une cicatrice, mais une pigmentation intense et très persistante.

L'herpès récidivant cataménial a un siège beaucoup plus variable et coïncide régulièrement avec la menstruation.

L'herpès récidivant génital ne s'accompagne pas de troubles névralgiques et son siège varie facilement d'un côté à l'autre de la ligne médiane.

Le traitement ne semble pas avoir donné le moindre résultat. Peut-être pourrait on essayer l'antipyrine donnée au moment de l'apparition de la névralgie. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'opération de Stacke. — Cette opération consiste à ouvrir l'attique par le conduit en abattant le mur de la logette.

L'incision cutanée est la même que pour la trépa-

Digitized by Google

nation de l'apophyse et de la caisse (*Journ. des Prat.*, 1901, n° 52). De même, la dénudation osseuse que, toutefois, on pousse moins loin en bas et en arrière, sur l'apophyse proprement dite, quitte à y revenir si l'on a besoin de terminer par une trépanation rétrograde complète. Le pavillon est recliné en avant de façon à luxer complètement hors du conduit osseux le conduit membraneux partout décollé. Après quelques instants de tamponnement avec une mèche de gaze aseptique, on voit avec grande netteté le conduit, les restes du tympan : on enlève à la pince le marteau, s'il est encore en place, et on procède enfin à l'opération osseuse (Broca, *Monog. Clin.*).

La *trépanation de l'attique*, pratiquée en dehors de toute trépanation de l'apophyse, est l'essence même de l'opération.

Le protecteur de Stacke est introduit dans l'orifice tympanique et le bec est enfoncé dans l'attique, oblique en haut et en dehors, derrière le mur de la logette dont la position est ainsi repérée. On peut alors attaquer le mur de la logette, besogne à laquelle une gouge convient mieux que le ciseau droit employé pour les autres opérations ; la gouge sera dirigée nettement contre la surface osseuse et non point parallèlement à cette surface.

C'est dans l'angle postéro-supérieur du conduit, au dessous de la crête sus-mastoïdienne, en dedans et au-dessus de l'épine de Henle, qu'on applique la gouge, dont la gouttière plus ou moins large doit s'adapter à peu près à la concavité du conduit ; le tranchant doit être d'abord franchement dans le conduit assez profondément, et, sur le protecteur, on effondre la paroi osseuse de la profondeur vers la surface, par copeaux successifs. C'est la manière prudente de procéder, et c'est seulement si l'on a une grande habitude de l'intervention qu'on peut, pour aller vite, appliquer la gouge contre l'épine de Henle, c'est-à-dire au bord du conduit, et en quelques coups de maillet faire sauter d'un bloc la paroi postéro-supérieure du conduit.

L'attique est ouvert de la sorte et dans ce temps opératoire aucun organe ne court un danger quelconque : tant que l'on ne se porte pas vers l'aditus, on est loin du facial. Mais toujours il faut aller à l'aditus, ne fût-ce que pour l'explorer, et presque toujours pour l'ouvrir ainsi que l'antre : c'est alors qu'il faut opérer avec précaution.

Après ablation du mur de la logette, caisse et attique sont ouverts largement au fond du conduit. Le marteau, s'il existait encore, a été enlevé avant la trépanation de la caisse. Avec la curette étroite et longue, on extrait l'enclume, puis les fongosités qui remplissent la caisse, et, à la place où se trouvait la courte branche de l'enclume, on voit l'aditus.

Alors on pratique la *trépanation rétrograde de l'aditus et de l'antre*, en gardant avec le protecteur le facial et le canal demi-circulaire contre les échappées. Le bec du protecteur est engagé, presque transversal, mais un peu oblique en haut et en dehors, dans l'entrée de l'aditus et au-dessus de lui, vers la voûte, on agrandit un peu la brèche ; on peut alors le diriger en bas et en dehors, pour le faire pénétrer dans l'antre, et on ouvre l'aditus, puis l'antre, puis les cellules diverses, exactement comme il a été dit pour la trépanation de l'apophyse et de la caisse, mais dans l'ordre inverse.

Après l'*opération de Stacke pure*, le *conduit membraneux* est fendu en haut en arrière jusqu'à la langue, puis il est réintégré dans le conduit osseux et étalé contre lui par un tamponnement à la gaze iodoformée, avec une mèche bien serrée, poussée jusqu'au fond de la caisse. La plaie retro-auriculaire est suturée, et les pansements ultérieurs sont faits par le conduit.

Après l'*opération de Stacke, complétée par la trépanation rétrograde*, on agit exactement comme dans la trépanation complète. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Les dermatoses dans leurs rapports avec les dyspepsies. — On connaît la fréquence des relations qui existent chez l'enfant entre les éruptions cutanées et le mauvais fonctionnement du tube digestif : ces éruptions sont surtout le prurigo de Hebra, l'eczéma sec et suintant. Chez l'adulte, les mêmes relations existent, et le Dr Saison-Lierval, d'après les conseils de M. A. Robin vient de consacrer à ce sujet sa thèse inaugurale (*Paris 1901*).

D'après lui, dans certaines dermatoses, en particulier dans l'acné, l'urticaire, le prurigo, le lichen circonscrit, l'eczéma, on trouve des altérations gastriques presque constantes. Quelquefois, les troubles gastriques sont évidents, le malade en souffre et s'en plaint ; parfois un examen minutieux, seul, permet de déceler ces troubles : souvent, c'est l'examen du chimisme gastrique qui vient nous révéler une dyspepsie complètement latente et méconnue.

Les altérations du chimisme gastrique sont variables et il est impossible de mettre une étiquette gastrique à chaque dermatose, mais, ce que l'on rencontre à peu près constamment, ce sont des fermentations abondantes, dans lesquelles la fermentations butyrique tient la plus grande place, surtout dans le psoriasis, où d'ailleurs les altérations gastriques sont beaucoup moins constantes, une relation directe entre les affections de l'estomac et certaines dermatoses ; à ces altérations gastriques, se joignent probablement des altérations du sang, des altérations

Digitized by Google

du système nerveux, qui doivent jouer un rôle plus ou moins important dans la genèse de ces dermatoses. Mais la grande part doit revenir à l'élimination des acides de fermentations par la peau, laquelle produit, suivant les réactions individuelles, tantôt la vésicule de l eczéma, tantôt la papule du prurigo et du lichen, peut-être même le squame du psoriasis. Il ne faut pas espérer que le traitement viendra toujours et rapidement à bout d'une maladie de peau. Dans la dermatose gastrique, quand la maladie est arrivée à la peau, elle a produit des lésions souvent irrémédiables, qui ne regresseront pas, même si la dyspepsie causale disparaît. Cependant, la fréquence remarquable des altérations gastriques dans les dermatoses, les nombreux succès obtenus permettent d'affirmer que, seul, pourra être satisfait de sa médication le dermatologiste qui aura associé au traitement externe le traitement interne, et, le plus souvent, le traitement gastrique. — S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Installation du Bureau pour l'année 1902. — M. Guyon, président sortant, fait le compte rendu général des travaux de l'année écoulée.

M. Riche prend le fauteuil de la présidence pour 1902 et prononce le discours d'usage. (*7 janvier*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Intoxication saturnine grave chez des ouvriers travaillant à la fabrication des accumulateurs électriques. — MM. Labbé et Ferrand rapportent les observations de quatre hommes, employés dans une fabrique d'accumulateurs, entrés à l'hôpital pour des accidents saturnins graves. Deux étaient atteints de coliques de plomb et présentaient une anémie profonde. Deux autres étaient atteints de paralysie et d'amyotrophie affectant toute la ceinture scapulaire, le bras, l'avant-bras et les mains.

Chez ces malades, le plomb, employé sous forme de poudre d'oxyde, était absorbé surtout par les voies respiratoires, ce qui favorisait la dissémination du toxique et l'étendue des paralysies, mais ce qui permettait de comprendre pourquoi les muscles du thorax et des épaules étaient pris à un plus haut degré que ceux des membres.

Présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques. — M. Courmont. Le bacille d'Eberth existe probablement toujours dans le sang des typhiques, au moins dans les formes ordinaires, ainsi que dans les formes graves ou mortelles. Il apparaît dans le sang d'une façon très précoce, et y séjourne jusqu'à la fin du troisième septenaire. Il peut y subsister plus longtemps dans les formes mortelles ou dans certaines formes prolongées.

La méthode à employer, pour obtenir des cultures de bacilles d'Eberth, avec le sang des typhiques, est la suivante : ensemencer 300 à 500 centimètres cubes de bouillon avec 2 à 4 centimètres cubes de sang, immédiatement après la prise. Agiter le dépôt, si le bouillon n'est pas trouble, au bout de 24 heures.

La présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques et le pouvoir agglutinant de leur sérum n'offrent entre eux aucune corrélation ; autrement dit, l'absence de séro-réaction peut coïncider avec la présence du bacille d'Eberth dans le sang.

La présence du bacille d'Eberth dans le sang pourra donc être utile pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, toutes les fois que le séro-diagnostic de Widal sera négatif.

Un cas de cholémie familiale à forme hémorragique. — MM. Gilbert et Lereboullet. Dans cette observation se retrouvent la plupart des caractères communément attribués à l'hémophilie. L'hérédité s'y accuse nettement ; il s'agit, il est vrai, d'une femme, mais on retrouve dans les antécédents la tendance aux hémorragies chez le père et le grand-père ; c'est, parmi les enfants, un garçon qui y est plus particulièrement sujet.

Les hémorragies sont apparues dès les premières années et ont toujours persisté depuis. Les grandes hémorragies semblent être apparues plutôt au printemps ou en automne et de préférence la nuit que le jour. Elles se sont produites à l'occasion de minimes traumatismes, tels qu'une avulsion dentaire, ou spontanément. Elles ont été multiples (épistaxis, gingivorragies, ménorragies, gastrorragies, ecchymoses, etc.).

La malade répond donc au tableau général qui a été donné des hémophiliques. Mais elle est en même temps indiscutablement atteinte de cholémie familiale, comme le prouvent les symptômes qu'elle-même présente et ceux qu'on retrouve dans ses antécédents familiaux. Au surplus, l'examen de son sérum justifie ce diagnostic.

Ainsi donc ici l'hémophilie n'est pas une maladie primitive ; elle est en réalité secondaire à la cholémie familiale, et, en présence surtout de l'obscurité étiologique habituelle des cas d'hémophilie, nous ne doutons pas que bien souvent la cholémie familiale ne soit à leur origine.

Nous avons d'ailleurs pu observer d'autres faits semblables à celui-ci où le diagnostic d'hémophilie avait été porté. Telle une malade de quarante ans qui, outre un rhumatisme biliaire très net, a eu, il y a cinq ans, un ictère accompagné de purpura et d'hémorragies multiples (gingivorragie, épistaxis, etc.) qui firent penser à l'hémophilie. Ultérieurement le volume de sa rate fit croire au paludisme. Lorsque nous l'avons examinée, nous n'avons pas eu de peine à reconnaître la cholémie familiale, caractérisée par la teinte jaune de la peau et la cholémie, associées aux divers symptômes secondaires (dyspepsie, hémorragie, douleurs articulaires, somnolences digestives, etc.).

Digitized by Google

On constatait enfin la même hypertrophie du foie et de la rate que chez notre première malade. Le caractère familial était d'ailleurs très net.

Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses. — M. Simonin, du Val-de-Grâce, communique un certain nombre d'observations de maladies infectieuses, au cours desquelles se sont manifestés des symptômes d'inflammation appendiculaire, sans que cette inflammation se soit avancée jusqu'à la suppuration.

Ces observations nous donnent une idée de la fréquence relative des localisations appendiculaires, cliniquement appréciables, au cours de quelques maladies infectieuses. C'est ainsi que la scarlatine fournit un chiffre de 6,33 p. 100 ; les oreillons de 5 p. 100 ; l'érysipèle de 3.7 p. 100 ; l'angine de 2,37 p. 100. Enfin, sur un total de 506 malades, le pourcentage des appendicites s'est élevé à 3,63 p. 100.

Le début des complications appendiculaires est généralement assez rapproché des premières symptômes de l'infection : nous l'avons vu se produire neuf fois du deuxième au quatrième jour, six fois du cinquième au huitième, et enfin trois fois du onzième au treizième jour. La durée apparente de la réaction iléo-cæcale est également variable ; généralement comprise entre deux et quatre jours (seize cas sur dix-huit), elle a pu attendre, dans deux cas, neuf et dix jours.

Enfin, il a semblé, d'une façon générale, que plus l'infection de l'organisme est accusée, plus active et plus intense se montre la réaction appendiculaire.

Il est infiniment probable que les amas lymphatiques de l'appendice participent à la défense générale de l'organisme plus fréquemment encore que ne l'indiquent les proportions ci-dessus relatées, mais leur réaction ne commence à devenir sensible que par le phénomène de la douleur provoquée par la pression. C'est ce premier degré de congestion ou d'inflammation légère appréciable que nous avons rencontré, huit fois sur dix-huit cas, et désigné sous le nom *d'appendicite catarrhale latente ;* elle ne se traduit, en effet, par aucun trouble général, par aucune réaction de voisinage : le péritoine reste silencieux, aussi bien que la muqueuse intestinale ; l'exploration de la région ne révèle que la douleur parfois très vive, exquise même, à maximum nettement localisé au point de Mac Burney.

Il paraît y avoir *simple adénite appendiculaire,* si cette expression n'est pas trop hardie ; l'état général reste bon, le malade est apyrétique ou subfébricitant : le pouls n'est pas influencé ; on note le plus souvent de la constipation ; parfois les selles restent normales.

Nous avons rangé les dix autres cas sous la rubrique : *crise appendiculaire :* c'est la colique appendiculaire de Talamon. A la douleur à la pression s'ajoute celle accusée spontanément par le malade ; elle débute brusquement, d'une façon sensationnelle, puis elle persiste aiguë, ou sourde avec exacerbations, accompagnée de nausées répétées, de vomissements bilieux : il suffit, en maints cas, d'une pression même très légère, pour réveiller la sensibilité et le réflexe nauséeux ; la température est ordinairement élevée, oscillant entre 39 et 40 degrés ; le pouls s'accélère de 96 à 120. Ces phénomènes, hautement réactionnels, traduisent une agression microbienne et une réaction de défense beaucoup plus accusées. Si la douleur peut à la rigueur être mise sur le compte des tiraillements que l'appendice congestionné exerce sur un méso anatomiquement trop court, et qui ne peut le suivre dans son expansion anormale, il est encore plus vraisemblable de l'attribuer à une péri folliculite envahissante, propageant l'irritation inflammatoire jusqu'au péritoine. Les nausées, les vomissements, la tachycardie, parfois même le facies grippé, semblent confirmer cette hypothèse. Quant à l'intensité et à la généralisation de l'infection, elle s'affirme par des troubles fonctionnels variés, et aussi, à l'occasion, par des altérations des séreuses ou des viscères. Le foie et la rate augmentent de volume et deviennent douloureux à la pression ; les urines renferment de l'urobiline, des acides biliaires, de l'albumine ; des arthralgies envahissent les articulations ; on voit se produire des épistaxis, des rashs scarlatiniformes ou maculeux ; parfois même le myocarde ou l'endocarde sont lésés plus ou moins profondément.

Du côté de l'intestin, c'est tantôt la diarrhée profuse, indiquant la participation de tout l'appareil lymphatique sous-muqueux à la défense de l'organisme ; tantôt, au contraire, on note la constipation plus ou moins opiniâtre.

Nous n'avons pas eu l'occasion de constater d'accidents appendiculaires plus sévères ou plus prolongés, et le chirurgien, mandé à diverses reprises, a jugé, à bon droit, le traitement médical suffisant ; mais on imagine facilement, et la littérature médicale en fait foi, que la suppuration de l'appendice, sa perforation, la péritonite septicémique, pourraient éventuellement terminer des raptus inflammatoires de ce genre *(27 décembre).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur les traumatismes de la moelle. — — M. Nimier. Le pronostic des traumatismes de la moelle est parfois difficile à poser immédiatement après l'accident. Cette difficulté est la règle en chirurgie d'armée. Ici, en effet, les signes objectifs de la lésion rachidienne font défaut et la symptomalologie des troubles fonctionnels ne fournit pas de données précises sur la nature des désordres médullaires. Il existe quelquefois un contraste très grand entre la bénignité apparente de la blessure médullaire et l'intensité des troubles qu'elle avait provoqués pendant la vie.

En général, une amélioration rapide dans l'état des blessés caractérise les lésions médullaires bénignes, tandis qu'au contraire, les désordres graves, produits par les projectiles se reconnaissent à une aggravation rapide, à l'apparition et à l'évolution, en 3 ou 4 semaines parfois, des accidents de dégénérescence médullaire qui, dans la pra-

Digitized by Google

tique civile, demandent souvent des mois avant d'aboutir à la mort.

Sur la duodenostomie — M. Routier. La duodenostomie restera toujours, un pis aller, une opération de nécessité, car il est à peu près impossible de nourrir les malades d'une manière prolongée par cette voie.

Grossesse extra utérine tubaire péritonéale, ablation 10 mois après le début présumé de la grossesse. — M. Schwartz. — Il s'agit d'une variété assez rare de grossesse extra-utérine arrivée presque jusqu'à terme et développée dans la trompe du côté droit.

Cette grossesse extra-utérine tubaire péritonéale s'est présentée chez une femme de vingt-deux ans, dont les dernières règles dataient de septembre 1900. Il n'y eut pas de règles en octobre; en novembre, pertes sanguines continuelles; en décembre, accidents graves du côté du ventre, diagnostiqués péritonite avec salpingite.

Cependant, on pense à une grossesse possible.

Les accidents s'apaisent, et vers le 15 février 1901 la malade commence à se lever, quand elle perd aussitôt par le vagin une grande quantité de liquide verdâtre foncé d'odeur très fétide. Elle perd ce liquide jusque vers le milieu de juin 1901, où les pertes sanguines réapparaissent jusqu'à ce jour. Incertitude au point de vue des mouvements d'un enfant.

Le ventre a pris un développement considérable, sans qu'on ait jamais pu percevoir de signes indiquant un enfant vivant; depuis le 15 janvier, il reste de même volume.

La malade nous est amenée le 1er août 1901.

L'examen nous démontre la présence d'une volumineuse tumeur fluctuante occupant tout l'épigastre et le petit bassin, indépendante de l'utérus, qui est refoulé à gauche.

Le col est petit et dur. La tumeur fait saillie dans le cul-de-sac postérieur. Impossible d'en apprécier les détails comme consistance et forme. Aucun bruit anormal de souffle ou de battement.

Nous pensons aussitôt à une grossesse extra-utérine avec rupture, puis suivie de l'œuf qui se développe mais meurt et est, en tout cas, mort actuellement.

La malade a été opérée le 6 août 1901.

L'opération confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine avec fœtus mort. La longueur de ce dernier, 38 centimètres, montre bien qu'il s'agit d'un fœtus de sept à huit mois environ, du sexe féminin et bien conformé.

Aussitôt l'incision médiane faite, on tombe sur la tumeur recouverte en haut par le gros intestin qui lui est intimement adhérent. Sa libération ouvre la poche, d'où s'échappent aussitôt des caillots évidemment déjà anciens et du liquide séro-sanguinolent : pour ne pas ouvrir l'intestin (S iliaque et côlon transverse), on est obligé d'y laisser adhérer des parties du kyste. Le fœtus est extrait; puis la poche, tenant à l'utérus par le ligament large et en particulier la trompe droite qui lui forme pédicule; l'ovaire sain est appliqué à sa surface. La trompe gauche adhère par son pavillon et son extrémité libre; on essaie de la libérer : comme elle saigne fortement on l'enlève, mais on laisse l'ovaire gauche adhérer à la partie postérieure du vagin.

La poche est constituée, comme on peut le voir, par deux parties : une mince — supérieure, formant cavité, — une épaisse inférieure, qui n'est autre que le placenta très épais.

Le poids de la poche vide de liquide sans le fœtus est de 1 kil. 400 gr.

Le cordon se détache du pourtour de la poche au niveau de la circonférence du placenta. Il a une insertion marginale.

La paroi a été examinée par le professeur Cornil. Elle contient des cellules fibreuses. On ne peut pas affirmer, au point où l'examen a été fait, la présence de fibres musculaires lisses. L'examen de la pièce, fait par notre maître, ne lui laisse néanmoins aucun doute sur la nature tubaire du contenant.

La femme revue aujourd'hui même est parfaitement guérie, sauf une petite fistule donnant lieu à un écoulement sanguinolent. Elle n'a pas eu ses règles depuis l'opération. Rappelons que l'ovaire gauche a été conservé, mais que la trompe gauche a été enlevée.

Concours du Journal des Praticiens

(Deux prix de 250 francs chacun)

Conditions du Concours

1° Un double concours est ouvert entre tous les lecteurs du *Journal des Praticiens* (lecteurs français ou étrangers) : concours de *médecine pratique* (clinique interne, pédiatrie, hygiène, thérapeutique clinique); concours de *chirurgie pratique* (clinique externe, obstétrique, thérapeutique chirurgicale).

2° Chaque prix sera de 250 francs, et ne pourra être partagé exceptionnellement qu'après délibération spéciale du jury.

3° Le jury sera composé de six ou dix membres, suivant le nombre des concurrents (trois ou cinq pour chaque concours), tirés au sort en présence de cinq médecins après le 16 novembre 1902, et choisis parmi les membres du Comité de rédaction du journal. Pour éviter les recommandations, les noms des membres des deux jurys ne seront connus qu'après la proclamation des prix. Le Directeur du journal (ou l'un de ses délégués) assistera de droit aux délibérations des jurys, mais seulement avec voix consultative.

4° Si les auteurs des mémoires se font connaître, ils seront exclus du concours. Ils devront inscrire sur l'enveloppe d'envoi du mémoire une devise qui sera répétée avec indication de leur nom et de leur adresse dans la lettre bien cachetée.

5° L'envoi des mémoires devra être effectué pour le *15 novembre 1902*, dernier délai. Ces mémoires devron

Digitized by Google

être adressés directement au Directeur scientifique du *Journal des Praticiens*. Les prix seront décernés, soit à la fin de décembre 1902, soit dans le courent du mois suivant. Les mémoires devront être écrits en langue française, être absolument inédits, porter surtout sur des sujets de *pratique* médicale, chirurgicale ou obstétricale (clinique, hygiène ou thérapeutique). Leur longueur est limitée : pas plus de 40 pages, avec 40 lignes au plus par page, une marge de 4 centimètres au moins, et format ne dépassant pas celui du *Journal des Praticiens*.

6° Les membres inscrits du Comité de Rédaction du *Journal des Praticiens* ne peuvent participer aux concours.

7° Les mémoires ayant obtenu les prix seront insérés en totalité ou en partie (suivant leur étendue) dans le *Journal des Praticiens*. Les noms des auteurs non récompensés ne seront pas livrés à la publicité.

Le Directeur scientifique du *Journal des Praticiens*.
H. Huchard.

BIBLIOGRAPHIE

Le médecin dans la Société contemporaine : *Conférences de déontologie* par les Drs P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, et G. Lepage, accoucheur des hôpitaux. Un vol. in-16 (Masson et Cie, éditeurs, 2 francs).

Dans ce volume sont réunies des conférences que les auteurs ont faites depuis trois ans. Le but a été d'affirmer ce que doit être la profession médicale et de signaler les dangers qui la menacent. Les auteurs passent en revue les difficultés matérielles et morales que rencontre le jeune médecin, les qualités physiques, intellectuelles et morales nécessaires pour réussir, les devoirs envers les malades et envers les confrères, les consultations, les rapports du médecin avec les auxiliaires (pharmaciens, sages-femmes), les questions si délicates relatives aux honoraires, les obligations imposées au médecin par la loi, les problèmes soulevés par le secret médical. D'autres conférences sont consacrées aux rapports du médecin avec les pouvoirs publics et les municipalités au point de vue de l'hygiène et de l'assistance, avec les collectivités telles que les sociétés de secours mutuels, les compagnies d'assurances, etc. Une étude approfondie des causes de l'encombrement professionnel et des remèdes à y apporter sert de transition à l'énumération des avantages que fournissent au médecin les nombreuses associations médicales de bienfaisance, de prévoyance et de défense professionnelle.

Cet ouvrage sera lu avec un vif intérêt, non-seulement par les médecins, mais aussi par les étudiants. Nous nous permettrons une seule critique. Les auteurs disent avec raison, que « la déontologie commence pour l'étudiant, bien avant qu'il soit reçu docteur, dès qu'il a franchi le seuil de l'hôpital ». Ils ajoutent : « Laissons de côté vos devoirs envers vos chefs de service ; vous les accomplissez généralement bien ; usez envers eux, n'abusez pas du droit de critique ».

M. Le Gendre, en m'adressant ce volume, m'a prié de dire franchement ce que j'en pense. Or, on ne peut en penser et en dire que beaucoup de bien, et je répète que sa lecture est fort instructive. Mais, je ne suis pas de son avis quand il laisse volontairement de côté les devoirs des élèves envers les chefs de service. Car, lorsque dès le début un élève, ou un interne « arriviste » méconnaît ses devoirs envers ses chefs, il fait un déplorable commencement, et il est destiné plus tard à devenir un mauvais confrère. J'espère que dans la seconde édition, les auteurs combleront largement cette lacune. Ils diront que les maîtres ont des devoirs à remplir : instruction, bons exemples, dévouement et protection pour leurs élèves. Ils démontreront que les devoirs de ceux-ci envers leurs maîtres se résument dans ces mots : reconnaissance pour les services rendus (non pas pour ceux qu'on attend dans l'avenir), constante et sincère affection. Tout cela est bien banal, dira-t-on ? Mais, quelques mauvaises langues disent, paraît-il, que cela est maintenant sorti de la banalité. Les auteurs ne sont peut-être pas très éloignés de cette opinion, puisqu'ils écrivent : « Ces devoirs envers les chefs de service, vous les accomplissez *généralement* bien, » ce qui veut dire que tous ne les accomplissent pas. Alors, en s'adressant à cette petite minorité, MM. Legendre et Lepage feront œuvre très juste et salutaire. Ils ne m'en voudront pas de cette petite remarque, eux qui ont été mes élèves autrefois, comme interne et externe, et qui savent l'importance que j'attache aux questions de deontologie. — H. Huchard.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, fasc. IV et V.

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe.

Ces deux nouveaux fascicules traitent de l'anatomie et de la pathologie du thorax ; on y trouve des questions très intéressantes et fort bien présentées.

La tuberculose est curable, par le Dr Elisée Ribard, membre du conseil d'hygiène du XVIe arrondissement, attaché au service des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut, avec préface du Dr Maurice Letulle, professeur agrégé, médecin en chef à l'hôpital Boucicaut, 1 vol. in-12, de 173 pages broché, prix 2 francs. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.

AVIS. — L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro la suite des articles de notre distingué collaborateur, C. F., sur la *Vie médicale*.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES COLLARDEY, 251, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Cochin. — Dr Chauffard

Rhumatisme blennorrhagique

A côté du rhumatisme aigu fébrile, polyarticulaire, dont l'étiologie reste encore mal définie, il existe des arthropathies secondaires à des maladies infectieuses, dont le type est fourni par le rhumatisme blennorrhagique ou mieux l'arthrite blennorrhagique. M. Chauffard en a eu simultanément deux cas dans son service et c'est à leur étude clinique qu'il a consacré une de ses leçons.

Le rhumatisme consécutif à l'infection gonocoque est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, les deux malades présentés par M. Chauffard sont deux hommes.

Le premier, un cordonnier âgé de 28 ans, bien portant antérieurement prend, en octobre 1900, une blennorrhagie qui ne fut pas traitée ; trois mois plus tard, il y a du gonflement de la face dorsale du poignet et de la main gauche, les articulations des doigts sont douloureuses ; peu après, le genou droit se prend. Le début a donc été polyarticulaire ou plutôt polyrégional, d'une part les articulations du poignet, de la main et les gaines des extenseurs des doigts, fluxion infectieuse qui fut peu grave et rétrocéda rapidement, sans doute à cause de la place prépondérante que prit bientôt la détermination arthritique du genou.

A son entrée à l'hôpital, le genou est globuleux, les téguments sont tendus, luisants, comme vernissés, un peu rouges. L'articulation est considérablement distendue, la rotule est projetée en avant, le cul-de-sac sous-tricipital est tendu et douloureux ; impossible de rechercher le choc rotulien, la tension de l'articulation ne permettant pas la possibilité du refoulement du liquide interposé entre les surfaces articulaires.

L'articulation dans son ensemble est douloureuse, mais le maximum de douleur siège au niveau du ligament latéral interne.

Par ponction aseptique, on retira trente centimètres cubes de liquide louche, filant, laissant au fond d'un verre un dépôt franchement purulent.

Le malade fut momentanément soulagé ; mais bientôt le liquide se reproduisit et M. Chauffard le fit transporter dans le service de chirurgie de M. Quénu.

Le deuxième malade est âgé de 48 ans ; pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Le 24 décembre, il constata un écoulement et le 7 janvier il entra à l'hôpital avec une arthrite du genou droit. Ici, pas de manifestations polyrégionales, d'emblée l'arthrite se fixe au genou. La réaction fébrile est assez intense, 38 à 39°. L'aspect du genou est le même que chez l'autre malade, cependant il y a un peu moins de rougeur et les symptômes inflammatoires locaux sont un peu moins accentués.

M. Chauffard ordonna l'immobilisation de l'articulation, l'application de glace, puis les phénomènes observés ne s'améliorant pas sensiblement le fit passer dans le même service de chirurgie.

Voici donc deux malades pris de la même affection dans des conditions sensiblement différentes : chez l'un, trois mois se passant entre l'infection et la manifestation articulaire, chez l'autre quinze jours seulement. Dans le premier cas, il s'agissait d'une vieille blennorrhagie, passant à l'état chronique, dans laquelle on ne trouve plus guère dans l'urèthre de gonocoques virulents, la suppuration étant entretenue par des microbes secondairement développés.

Autre point : chez le malade atteint de blennorrhagie déjà ancienne, l'arthrite fut au début polyarticulaire, il y eut des phénomènes d'inflammation généralisée et seulement plus tard fixation à une articulation unique. Chez le second malade, au contraire, l'affection fut d'emblée monoarticulaire, et présenta une inflammation moindre. Il est à remarquer qu'il en est toujours ainsi et que les arthrites, dès l'abord monoarticulaires, sont moins phlogogènes que les arthrites à debut polyarticulaire, il semble que les premières représentent en quelque sorte un minimum d'infection.

Ces deux malades présentaient dès leur entrée à l'hôpital une atrophie très considérable du quadriceps fémoral. C'est là un symptôme habituel de l'arthrite blennorrhagique et qui n'est pas sans entrer pour une large part, dans l'impotence fonctionnelle, parfois irrémédiable, qu'elles entraînent.

Les deux malades présentaient une distension énorme de la cavité articulaire : c'était une arthrite à très grand épanchement, amenant une hypertension intra-articulaire qui est toujours grave, car elle entraîne fatalement un écartement considérable des surfaces articulaires et une distension ligamenteuse irrémédiable.

En présence de ces grands épanchements synoviaux M. Chauffard n'hésite pas à pratiquer la *ponction* pour deux raisons : d'abord, pour diminuer les douleurs des malades, d'autre part, pour faciliter le traitement ultérieur, particulièrement la compression qui, sans cela, ne pourrait guère être supportée.

Le lieu d'élection pour pratiquer la ponction est la région située immédiatement au-dessus de l'angle

Digitized by Google

latéral interne de la rotule, point où l'on entre directement et sans danger dans la cavité synoviale.

Le liquide retiré est filant et s'écoule difficilement par l'orifice de la canule. Chez le premier malade, le liquide était louche, séro-purulent, ressemblant à du pus phlegmoneux un peu dilué. Celui extrait de l'articulation du second malade était lactescent, comme du pus très dilué. Il est à remarquer que dans les ponctions d'arthrite gonococcique, le liquide n'est jamais citrin, comme normalement, mais présente toujours un certain degré de purulence.

Les deux liquides examinés au microscope présentaient en quantité différente les mêmes éléments : des leucocytes polynucléaires, prouvant que l'affection relevait comme les épanchements infectieux de la polynucléose. L'examen sur lamelle ne permit de découvrir aucun microbe et tous les ensemencements restent négatifs.

Il s'agissait donc d'une *arthrite amicrobienne*, fait intéressant à noter, car les recherches bactériologiques ont, dans des cas semblables, donné les résultats les plus variables. On a trouvé, suivant les cas, des gonocoques, des microbes secondaires, d'autres fois, comme dans ce cas, une absence complète de micro-organismes.

La présence du gonocoque ou même d'un micro-organisme quelconque n'est donc pas absolument nécessaire à la production de l'arthrite, qui cependant est bien d'origine infectieuse et microbienne. Dans les cas amicrobiens, ce sont les toxines qui doivent être incriminées Il a été démontré que la toxine du gonocoque est phlogogène et qu'avec la gonococcine pure, sans microorganisme, il est possible de reproduire l'écoulement purulent typique, avec ses symptômes si particuliers. Du reste, on a été plus loin et on tend à admettre que le gonocoque n'est purulent que par la toxine qu'il produit.

Il a été possible de pratiquer l'examen histologique de la séreuse d'un des malades (celui atteint de blennorrhagie ancienne); la synoviale était infiltrée de cellules embryonnaires, mais ne présenta sous le champ du microscope aucun germe microbien.

L'état anatomique de la jointure est intéressant à étudier. Elle est plus ou moins lésée. Il est rare que les parties osseuses ou cartilagineuses soient touchées ; tout l'effort de l'inflammation semble se porter sur la synoviale qui est fongueuse et épaissie. Quand on pratique l'arthrotomie, on trouve dans presque tous les cas une sorte de couenne vert-jaunâtre, purulente, étendue entre les condyles fémoraux et les plateaux du tibia.

Les conséquences de l'arthrite blennorrhagique ne sont pas les mêmes que celles des autres arthrites purulentes ; elles n'ont aucune tendance à la perforation et évoluent comme des pyoémies de virulence médiocre. Cependant leur pronostic est grave.

L'arthrite gonococcique rentre dans la catégorie des arthrites plastiques, qui provoquent la formation d'adhérences et de fausses membranes qui soudent entre elles les surfaces articulaires et amènent l'ankylose du membre, souvent en position vicieuse. Le pronostic reste donc très sérieux au point de vue de la conservation de l'intégrité fonctionnelle de l'articulation atteinte.

Le diagnostic est facile en général, chez l'homme tout au moins, encore est-il nécessaire d'y songer ; chez la femme la recherche de la blennorrhagie, qui se localise soit aux glandes vulvo-vaginales, aux glandes de Bartholin, au col de l'utérus est très difficile et reste parfois négatif.

Chez l'homme, quand la cause d'infection est une blennorrhagie récente, il est facile, par pression le long du canal, de faire sourdre au méat la goutte révélatrice.

S'il s'agit d'une blennorrhagie ancienne, chronique, on examinera l'urèthre le matin, avant que le malade ait uriné, et par pression on amènera au méat une goutte séro-purulente, opaline : la goutte militaire. S'il n'existe pas de goutte, il faut faire uriner le malade et à sa première miction on verra flotter dans l'urine des filets blanchâtres, constitués par des globules purulents, des cellules épithéliales et de la mucine, souvent sans gonocoques.

Ces arthrites mono-articulaires sont remarquables par l'intensité de l'inflammation et par l'œdème péri articulaire dont elles sont le siège, surtout au niveau du cou-de-pied ou du poignet. Contre ces symptômes, le traitement interne par le *salicylate de soude*, l'*antipyrine*, amène à peine une légère sédation.

Le *traitement externe* donne des résultats meilleurs, sinon certains, cependant l'intervention est délicate et des plus importantes.

Dans les *formes bénignes*, où les douleurs sont modérées, où l'hydartrose est de volume moyen, les applications locales de *pommades au salicylate de méthyle et menthol*, de *baume tranquille* rendront des services.

L'*immobilisation* dans une gouttière, la *compression ouatée* aideront à la résorbtion de l'épanchement. Cette immobilisation doit être surveillée de très près, et le moment où on la cessera doit être judicieusement choisi, car si on lève l'appareil trop tôt, les mouvements de l'articulation réveillent l'inflammation qui sommeille et tout est à recommencer; si on prolonge trop l'immobilisation et la compression, quand on lève l'appareil, l'ankylose est un fait accompli.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUL 30 1903

Digitized by Google

Quand il y a *hypertension dans la synoviale*, il ne faut pas hésiter à pratiquer la *ponction* et à retirer 25 ou 30 centimètres cubes de liquide synovial, ce qui permet d'appliquer avec plus de sûreté et plus grande chance de succès les moyens thérapeutiques ci-dessus indiqués.

Dans les *formes graves*, deux méthodes sont en présence : l'*immobilisation dans un appareil plâtré* et l'*arthrotomie*. Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur leur valeur respective.

Les résultats de l'arthrotomie sont variables, M. Chauffard rappelle qu'à l'hôpital Laënnec il fit opérer par M. P. Delbet deux femmes atteintes d'arthrite blennorrhagique dont l'histoire clinique était en tous points identique. Toutes deux subirent l'arthrotomie. L'une recouvra tous les mouvements de son articulation et quitta l'hôpital guérie; l'autre sortit impotente avec une ankylose du genou.

Chez les deux malades, objets de la conférence de M. Chauffard, le traitement fut différent. L'un, celui dont la blennorrhagie datait de trois mois, chez lequel la réaction inflammatoire était intense, et le début avait été poly-articulaire, on pratiqua l'arthrotomie. Pour l'autre, M. Quenu se contenta de l'immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Actuellement, tous deux sont en bonne voie de guérison, et on espère qu'ils conserveront tous leurs mouvements articulaires.

Dans quelles conditions doit-on préférer l'arthrotomie à l'immobilité simple ? Aucune règle fixe ne peut être donnée. Si l'articulation est très enflammée, s'il y a de l'œdème péri-articulaire, une température élevée, on préférera l'arthrotomie, mais c'est surtout affaire de doigté de la part du chirurgien.

Le *traitement ultérieur* est aussi important que le traitement immédiat. D'une part, il faut rétablir le jeu de l'articulation par la *mobilisation* progressive, mais il faut agir lentement pour ne pas risquer de rompre quelque adhérence, ce qui amènerait une nouvelle poussée inflammatoire au niveau de l'articulation.

Pour refaire le muscle quadriceps toujours très atrophié, on aura recours au *massage* et à *l'électricité*. Enfin ces malades retireront grand bénéfice d'une cure hydro-minérale soit à Aix soit à Bourbonne. — P. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Aortite syphilitique latente et névralgies viscérales

Par M. Louis Renon, *Médecin des hôpitaux*

On sait que l'aortite syphilitique, lorsqu'elle est sus-sigmoïdienne (Dieulafoy), s'accompagne des violentes douleurs de l'angine de poitrine; s'il des est cas où les douleurs irradient dans la zone du plexus cardio-aortique, il est infiniment plus rare de voir la syphilis de l'aorte se manifester par des crises douloureuses uniquement viscérales, simulant complètement les violentes coliques viscérales de la lithiase biliaire et rénale. J'ai observé un cas de ce genre, et je crois intéressant de le rapporter ; tous les phénomènes douloureux ont cédé à l'emploi du traitement spécifique.

Observation. — M. X..., âgé de quarante ans, est venu me consulter le 27 avril 1901 pour des douleurs atroces qu'il ressentait depuis trois mois, et contre lesquelles divers traitements proposés n'avaient amené aucun soulagement.

Ces douleurs revêtent la plupart des caractères des coliques néphrétiques et hépatiques, et des névralgies intercostales. Dans la région rénale, elles occupent la masse sacro-lombaire des deux côtés, et s'irradient en bas jusqu'à la partie supérieure des cuisses; dans la région hépatique, elles occupent le rebord des fausses côtes et se propagent dans le dos sur la ligne axillaire en remontant jusqu'à l'épaule droite. A gauche et à droite, la région mammaire est douloureuse, moins cependant que les régions hépatiques et rénales. La douleur, dans tous ces points, est spontanée ; assez tolérable la matinée, elle augmente l'après-midi, pour devenir excruciante pendant la nuit. Le malade se tord dans son lit, à la recherche d'une position où il puisse moins souffrir. On n'a pu trouver, ni dans l'appareil rénal, ni dans la glande hépatique, la raison de ces crises douloureuses, et seule, pour un temps, la morphine a pu amemer un peu d'accalmie ; les antinévralgiques, la quinine, l'antipyrine, etc., n'ont donné aucun résultat.

Très préoccupé de trouver la raison de ces crises névralgiques viscérales si intenses, j'examine complètement le malade, et mon attention est attirée immédiatement sur l'appareil cardio-aortique, en raison d'une dyspnée intense accusée depuis un mois environ. Je suis alors frappé de constater des signes morbides *que je n'avais point trouvés un an auparavant* dans deux examens successifs faits pour une légère glycosurie qui avait cédé à un régime alimentaire peu sévère: c'est d'abord des battements énergiques des carotides et une violente impulsion du cœur; c'est ensuite un double souffle à l'orifice aortique, un souffle diastolique avec tous les caractères classiques du souffle d'insuffisance aortique et un souffle systolique râpeux d'aortite (il était impossible d'admettre un souffle de rétrécissement aortique). Il n'y avait pas de dilatation marquée de l'aorte. Le pouls présentait tous les signes d'insuffisance aortique.

Il paraissait dès lors évident que cette lésion aortique s'était développée depuis un an, et, selon toute vraisemblance, devait avoir une certaine relation avec les douleurs viscérales atroces. Il y avait lieu de songer à la possibilité d'un anévrisme ou même de plusieurs anévrismes, siégeant l'un à l'aorte thoracique, l'autre à l'aorte abdominale, puisque M. Huchard (1) nous a très justement fait connaître l'importance des névralgies viscérales dans les anévrismes latents de l'aorte.

La recherche de tous les signes physiques des anévrismes, non plus que la radiographie, ne m'a pas permis de conclure à l'existence d'anévrismes, les résultats ayant été négatifs.

Il s'agissait certainement d'aortite, et l'origine de cette aortite

(1) Huchard, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1900, p. 170 ; *Consultations médicales*, 1900 ; et *Journal des Praticiens*, 8 juin 1901.

Digitized by Google

ne pouvait guère être que syphilitique ; le malade avait eu à l'âge de vingt ans un chancre induré, suivi de toute la série des accidents secondaires, et dont tout traitement avait été abandonné après la guérison de ces accidents.

Le traitement spécifique fut immédiatement institué à l'exclusion de tout autre (biiodure d'hydrargyre et iodure de potassium).

Un mois après, le 29 mai 1901, le malade vint me revoir : il était complètement transformé au point de vue de ses douleurs. Celles ci avaient commencé à diminuer dix jours après le début du traitement, et elles s'étaient ensuite progressivement éteintes ; seule l'oppression persistait encore, au moment d'un effort peu violent.

J'ai su depuis que le malade, après une nouvelle période de traitement, était complètement et définitivement rétabli.

Dans cette observation, les douleurs qu'on peut rencontrer dans l'aortite (crises pseudo-gastriques, crises hépatalgiques) ont revêtu un tel caractère d'intensité que leur confusion complète avec les crises de colique hépatique et néphrétique était non seulement possible, mais légitime ; seules les modifications survenues, depuis un an, au niveau de l'orifice aortique, imposaient le diagnostic ; le traitement spécifique, en amenant la cessation des douleurs, en était une preuve nouvelle et irréfutable. Devait-on aller plus loin et incriminer non seulement l'aortite, mais une ectasie de l'aorte, comme dans les cas de M. Huchard ? On ne peut l'affirmer, mais l'absence de signes physiques et de signes radioscopiques n'est pas en faveur de l'anévrisme.

La cause exacte de ces violentes douleurs viscérales n'est point facile à préciser ; on peut songer aussi logiquement à une compression nerveuse déterminée par l'aorte épaissie dans ses trois tuniques qu'à une irradiation à distance. Par contre, il me paraît très important d'insister sur le caractère diagnostique de ces névralgies viscérales dans l'aortite chronique syphilitique latente, avec ou sans ectasie, surtout quand les douleurs très limitées simulent la colique hépatique et la colique néphrétique. Si la douleur s'étend à la fois dans la zone d'irradiation des plexus aortiques, du pneumogastrique et du grand sympathique, le diagnostic est plus aisé, car « elle doit faire songer à la possibilité d'une aortite » (Boinet).

Consultation Thérapeutique

Traitement du psoriasis

Par M. Henry Bernard
Chef de clinique adjoint de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis

Exposé clinique. — Le psoriasis est une *dermatose papulo-squameuse*, constituée par des placards de coloration rouge ou rose, recouverts le plus souvent de squames blanchâtres, et qui peuvent se disséminer sur toute la surface cutanée, même dans les régions recouvertes de poils : fait important, jamais le psoriasis n'atteint les muqueuses. Les papules psoriasiques atteignent des dimensions variables. Les unes, et c'est surtout chez les enfants, ou dans les psoriasis au début qu'on les observe, sont de dimensions très minimes, et ne dépassent pas le diamètre d'une tête d'épingle, ou au maximum d'une lentille : c'est le *psoriasis guttata* des anciens auteurs ; d'autres sont au contraire énormes, au point de recouvrir des régions entières. L'épaisseur des squames est également très variable ; à peine développées dans certains cas, elles sont assez épaisses dans d'autres cas pour revêtir l'aspect d'une écaille et mériter le nom de *psoriasis scutata*, psoriasis en bouclier. Dans tous les cas, ces squames, lorsqu'on les gratte avec l'ongle ou avec une pointe quelconque, desquament en laissant une surface blanche pulvérulente : c'est ce symptôme, assez spécial au psoriasis, auquel on a donné le nom de signe de la tache de bougie. Notons encore, comme caractère important, que les papules psoriasiques possèdent des lieux d'élection, tels que les membres, du côté de l'extension, le pourtour des surfaces articulaires (coudes, genoux, du côté de l'extension), le cuir chevelu ; en cas de diagnostic douteux, l'existence ou la plus grande abondance des éléments éruptifs dans ces régions seront en faveur d'un psoriasis, sans cependant que ce signe ait rien d'absolu.

Pratiquement, et nous plaçant au point de vue spécial du traitement, nous pouvons reconnaître au psoriasis les formes cliniques suivantes : 1° *Le psoriasis discret*, constitué par un petit nombre de papules peu volumineuses, et qui restent telles pendant un temps parfois très long : sous cette forme l'affection est fréquente, et souvent elle est négligée par les malades ; 2° *Le psoriasis commun*, dans lequel les plaques psoriasiques sont nombreuses, souvent très étendues, plus ou moins disséminées sur la surface du corps, avec cependant une prédominance à la face d'extension des membres, à la ceinture, au cuir chevelu ; 3° *Le psoriasis régional*, limité, ou tout au moins prédominant en une région du corps : tel le psoriasis du cuir chevelu, du conduit auditif, des ongles, le psoriasis palmaire et plantaire ; 4° *Le psoriasis aigu*, constitué soit par une éruption rapide de papules psoriasiques rouges, œdématiées, douloureuses, avec fièvre et état général fébrile, soit par une poussée aiguë survenant au cours d'un psoriasis ancien : 5° *Le psoriasis sénile* ou *psoriasis invétéré*, dans lequel la dermatose date de longues années et reste indéfiniment stationnaire ; 6° *Le psoriasis arthropathique*, morphologiquement semblable aux autres formes, mais accompagné d'arthropathies chroniques, spécifiques du psoriasis pour les

Digitized by Google

uns, complètement assimilables au rhumatisme chronique déformant pour d'autres.

Indications thérapeutiques générales. — Le psoriasis doit être traité : en effet, s'il est compatible avec l'existence, s'il ne constitue pas une maladie organique bien grave, c'est néanmoins une affection incommodante, pénible, répugnante même lorsqu'il est très étendu ; indépendamment du prurit qu'il détermine, il lèse fort souvent l'esthétique des parties découvertes, notamment de la face. N'oublions pas enfin que, dans quelques cas, le psoriasis se transforme en dermatite exfoliante ou pityriasis rubra chronique, complication grave, souvent même mortelle.

Cependant, bon nombre de cliniciens, et non des moindres, ont observé et décrit des métastases du psoriasis; ces métastases se voient chez les individus arthritiques, lorsqu'on fait disparaître rapidement un psoriasis étendu et chronique; la dermatose est alors remplacée par une poussée de bronchite chronique, de l'asthme, des troubles dyspeptiques, etc. Est-ce à dire qu'en présence d'un psoriasique il faille toujours craindre un terrain herpétique ou arthritique et différer le traitement? Non, certainement : mais en présence d'un vieillard, d'un goutteux en puissance, d'un brightique, d'un obèse, mieux vaudra mettre en œuvre un traitement lent, et n'user qu'avec prudence des topiques substitutifs énergiques; mieux vaudra encore, dans bien des cas, limiter le traitement aux parties découvertes ou aux points les plus malades, tout en employant, sur le reste du corps, une médication palliative, comme nous l'indiquerons par la suite.

Ces réserves faites, le traitement du psoriasis est local et général, le premier étant sans conteste le plus important.

Traitement local. — Le traitement fondamental de toutes les formes du psoriasis est à peu près identique. Aussi décrirons-nous d'abord en détail le traitement du psoriasis commun ; puis nous indiquerons las quelques variantes à ce traitement nécessitées par les autres formes de l'affection.

La thérapeutique locale du psoriasis doit réaliser deux indications, comme celle de toute dermatose papulo-squameuse : la première est de faire tomber les squames, la seconde, de faire disparaître les papules sous-jacentes. En d'autres termes, il faut d'abord *décaper* le psoriasis ; il faut ensuite le *modifier* ; tout essai de traitement sans décapage préalable, surtout lorsque les squames sont épaisses, expose à un échec, ou tout ou moins à une prolongation inutile du traitement.

Le *décapage* des squames est obtenu assez facilement par des moyens simples ; lorsque les squames sont peu épaisses, des onctions grasses suffisent souvent, faites avec un corps gras quelconque (axonge, lanoline, vaseline) ; on y adjoindra utilement quelques bains amidonnés. Les squames sont-elles plus adhérentes, on en vient encore facilement à bout par l'action combinée des bains et des savonnages, ceux-ci faits avec du savon ordinaire, avec du savon noir (savon mou de potasse), ou avec du savon au goudron. Les bains de vapeur, associés ou non aux bains d'amidon, sont egalement un bon moyen (Gaucher). Lorsque les plaques psoriasiques sont peu nombreuses, on peut encore obtenir rapidement la chute des squames en les ramollissant avec des cataplasmes de farine de lin, puis en les faisant tomber avec le dos d'un couteau ou un coupe-papier (Tennesson).

Dès que les squames sont tombées, on aborde la seconde partie du traitement, la plus importante, et malheureusement aussi la plus longue consistant dans l'emploi de topiques modificateurs des surfaces malades. De nombreux médicaments ont été employés dans ce but : nous les passerons successivement en revue, notant pour chacun d'eux leur mode d'emploi, ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients.

Le plus anciennement employé de tous ces médicaments, le plus fréquemment employé encore à l'heure actuelle, est sans contredit l'*huile de cade*, nommée encore *huile de Haarlem*. L'huile de cade est une huile pyrogénée, provenant de la distillation du bois de genévrier ; mais cette huile de cade vraie est souvent remplacée dans le commerce par un produit auquel on a donné le même nom, et qui provient de la distillation de la houille ; cette seconde huile est beaucoup moins active que la précédente.

L'huile de cade, en applications locales sur les placards psoriasiques, modifie et fait disparaître ces placards au bout d'un temps variable, quatre à six semaines en moyenne. C'est donc un agent efficace ; malheureusement, ce médicament possède de graves inconvénients : son odeur forte, pénétrante, empyreumatique, désagréable au malade et à son entourage, et de plus révélatrice d'une affection cutanée en traitement ; sa couleur brun noirâtre, tachant la peau, le linge, imprégnant les ongles et les poils ; son action caustique sur le linge. En raison de tous ces inconvénients, et surtout de son odeur, on a cherché à remplacer l'huile de cade par d'autres substances, que nous verrons par la suite ; mais aucune de ces autres substances n'est à la vérité dépourvue d'inconvénients, et l'huile de cade reste encore le meilleur agent modificateur du psoriasis, le moins dangereux en tout cas.

Le procédé d'application le plus simple de l'huile de cade, consiste à faire sur les placards psoriasi-

Digitized by Google

ques des badigeonnages journaliers avec de l'huile pure ou diluée ; dans les psoriasis tendant à s'enflammer, dans les psoriasis récents, on emploie l'huile diluée ; dans les psoriasis anciens et torpides, on peut employer l'huile pure. Le meilleur excipient de l'huile de cade, celui qui atténue le mieux son action caustique, est le glycérolé d'amidon : on peut, à volonté, faire une dilution à 1/10, à 1/4, à 1/2. Les deux formules suivantes, de Vidal, sont celles encore en usage à l'hôpital St-Louis :

Glycérolé cadique faible de Vidal.

Huile de cade	15 grammes
Extrait fluide de Panama	q. s. pour émulsion
Glycérolé d'amidon	90 grammes
Essence de girofle	q. s.

Glycérolé cadique fort de Vidal.

Huile de cade	50 grammes
Extrait fluide de Panama	5 —
Glycérolé d'amidon	45 —
Essence de girofle	q. s.

L'huile de cade, pure ou diluée, doit rester en contact avec les plaques psoriasiques aussi longtemps que possible, toute la nuit, et même nuit et jour, si cela est possible. M. Brocq recommande même de faire porter au malade, directement sur la peau, un vêtement complet de flanelle, qui doit être gardé, sans être lavé, pendant toute la durée du traitement.

Pour parer à l'incommodité de cette imprégnation constante de la peau par un corps gras, on a eu l'idée d'incorporer l'huile de cade à un *collodion* formant pellicule, ou à un *emplâtre*. Le *collodion* doit être du collodion à l'acétone ; il doit être assez épais, et composé, ainsi que le recommande M. Gaucher, de 8 à 10 grammes de fulmi-coton dans 90 ou 92 grammes d'acétone ; dans le collodion ainsi préparé, on incorpore l'huile de cade dans la proportion voulue, ordinairement 1/4 ou 1/3. Ce collodion appliqué sur les plaques psoriasiques forme une pellicule adhérente et sèche, qu'on renouvelle dès qu'elle disparaît. L'*emplâtre* présente les mêmes avantages que le collodion, et son application est encore plus facile.

Signalons encore un dernier mode d'emploi de l'huile de cade, sous forme de *bains* : dans les psoriasis très étendus, après décapage, M. Balzer donne des bains journaliers ainsi composés :

Huile de cade pure	50 grammes
Teinture de quillaya	30 —

Pour 1 bain.

Notons enfin qu'à toutes les préparations cadiques dont nous avons donné le détail, M. Brocq ajoute, pour en augmenter l'action, de l'acide salicylique dans la proportion de 1/20 à 1/40. C'est ainsi qu'on peut formuler le glycérolé suivant :

Huile de cade pure	30 grammes
Glycérolé d'amidon	50 —
Acide salicylique	2 à 5 grammes

Des substances modificatrices nombreuses ont été préconisées comme succédanées de l'huile de cade : plusieurs ont une action manifeste, parfois très rapide, sur le psoriasis, mais aucune n'est dénuée d'inconvénients.

L'*acide chrysophanique*, extrait de la rhubarbe, dont il est l'un des principes actifs, est peu toxique, mais très caustique, particulièrement sur les muqueuses; aussi ne faut-il jamais l'employer à la face : il présente en outre l'inconvénient de teinter la peau en violet, et les poils en jaune, lorsqu'il se réduit. Mais il a l'avantage d'être incolore, et son activité est au moins égale à celle de l'huile de cade. On peut l'appliquer en pommade, contenant de 5 à 25 p. 100 du médicament ; voici l'une de ces pommades ;

Acide chrysophanique	10 grammes
Vaseline	60 —
Lanoline	35 —
Paraffine	5 —

Mais le procédé d'application le plus pratique consiste dans l'application du *collodion* ou de la *traumaticine* chrysophanique ; le collodion se prépare exactement comme le collodion cadique, seule la substance incorporée diffère. La *traumaticine* est constituée par une solution de gutta-percha dans le chloroforme, dans la proportion de 1 p. 10 ; à cette solution on ajoute un dixième de substance médicamenteuse :

Acide chrysophanique }	àà 1 gramme
Gutta-percha }	
Chloroforme	9 grammes

Appliquée sur les plaques psoriasiques avec un pinceau, cette traumaticine sèche en laissant sur la peau une pellicule médicamenteuse adhérente.

La *chrysarobine*, considérée par MM. Hallopeau et Leredde comme l'antipsoriasique le plus efficace, possède les mêmes inconvénients que l'acide chrysophanique ; comme ce dernier, on l'emploie surtout sous forme de traumaticine à 1/20 ou 1/10. Pour les plaques rebelles, M. Hallopeau emploie un crayon contenant 1/3 de chrysarobine.

L'*acide pyrogallique*, en raison de sa grande toxicité, ne peut être appliqué que sur des plaques discrètes ; on l'incorpore soit à une pommade (à 5 ou 10 p. 100), soit à une traumaticine dans les les mêmes proportions que l'acide chrysophanique. Son efficacité est égale à celle de ce dernier médicament.

Le *goudron*, le *gallanol* s'emploient comme l'huile de cade, mais sont beaucoup moins actifs que celle-ci et que les substances précédentes. Leur

Digitized by Google

osologie est identique à celle de l'huile de cade, et s peuvent remplacer cette dernière dans toutes les ormules cadiques que nous avons données. Il en st de même de l'*huile de bouleau*.

L'*anthrarobine* en pommade à 10 ou 20 p. 100, u en solution alcoolique ou éthérée à 10 p. 100, donné quelques succès ; mais son emploi s'est peu épandu.

De cette rapide étude des topiques antipsoriasiques, il faut retenir, au point de vue pratique, qu'il xiste plusieurs médicaments doués d'une réelle activité : parmi eux, l'huile de cade reste encore le lus recommandable, en raison de son innocuité elative ; cependant, ses nombreux inconvénients utorisent à la remplacer par des médicaments plus ctifs, mais plus dangereux, tels que l'acide chrysophanique, la chrysarobine, l'acide pyrogallique ; es diverses substances doivent être, autant que ossible, appliquées par le médecin lui-même, sur les surfaces peu étendues, et leur action doit être urveillée quotidiennement. Il faut éviter aussi de es appliquer sur des surfaces excoriées ou à proximité des muqueuses; il faut enfin suspendre leur pplication dès que leur action irritative devient trop narquée.

Tel est le traitement local d'un psoriasis commun. Certaines formes ou certaines localisations spéciales le l'affection nécessitent des variantes à ce traitement.

Contre le *psoriasis discret*, constitué seulement par quelques rares plaques disséminées, on peut mployer des moyens simples et le plus souvent suffisants : tels les onctions avec une pommade salicylique à 1/50, les applications d'emplâtre salicylique, l'emplâtre de Vigo cum mercurio, d'emplâtre rouge le Vidal.

Dans le *psoriasis capitis* et le *psoriasis de la face*, es substances actives sont absolument contre-indiquées, en raison du voisinage des muqueuses buccale, nasale, et surtout de l'œil. Ici encore, on emploiera, le plus souvent avec succès, les onctions avec des corps gras, avec de la pommade salicylique ou de la pommade au calomel à 1/10 ou 1/20, avec le la pommade au naphtol à 1/20.

Le *psoriasis unguéal*, souvent rebelle à tout traitement, comme l'eczéma unguéal, sera parfois heureusement modifié par l'application journalière, dans la rainure unguéale, d'une goutte de solution alcoolique d'acide salicylique à 1/10.

Dans le *psoriasis aigu*, aucun des agents modificateurs ne doit être employé : il faut, au contraire, modérer la tendance inflammatoire de l'épiderme, par l'application d'enveloppements humides permanents, ou de pommades inertes ; on peut également donner de grands bains tièdes, fréquemment répétés. Lorsque les plaques ont repris un aspect normal, on emploie des pommades modificatrices faibles : pommade salicylique à 1/50, pommade naphtolée à 1/10, etc.

Traitement général. — Le traitement général du psoriasis, d'une importance secondaire en l'espèce, est médicamenteux, diététique, hygiénique.

a) *Traitement médicamenteux*. — Une première indication thérapeutique résulte du terrain sur lequel se greffe le psoriasis, du tempérament du malade, comme on disait autrefois. Aux arthritiques, on peut donner des alcalins, du salicylate de soude, etc. ; aux strumeux, de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer ; aux nerveux, du bromure de potassium, du valérianate d'ammoniaque.

Mais on a cherché à agir directement sur le psoriasis, indépendamment de son substratum, à l'aide de médicaments modificateurs d'usage interne. Le plus communément employé de ces médicaments, celui qui d'ailleurs a donné les meilleurs résultats, est l'*arsenic* : on peut l'administrer sous forme de liqueur de Fowler (arsénite de potasse), à des doses progressivement croissantes (II à XV gouttes par jour), avec des intervalles de repos de 8 à 15 jours par mois par exemple ; on peut également prescrire de 1 à 5 granules de Dioscoride par jour, avec la même progression, et les mêmes périodes de repos. Les eaux arsenicales, telles que la Bourboule et Dominique de Vals, peuvent remplacer l'ingestion médicamenteuse. Signalons enfin les tentatives faites avec l'acide cacodylique, par M. Danlos notamment, qui en a obtenu de bons résultats; on peut employer le cacodylate de soude, injecté par voie hypodermique, à raison de cinq ou dix centigrammes par centimètre cube d'excipient, et à dose journalière de cinq à vingt centigrammes; on peut également, à l'exemple de M. Danlos, faire ingérer l'acide cacodylique dans la potion suivante :

Acide cacodylique neutralisé. .	2 gr. 50
Rhum	20 grammes
Sirop de sucre.	20 —
Eau distillée.	60 —
Essence de menthe	II gouttes

Chaque cuillerée à café de cette potion contient environ 12 centigrammes et demi d'acide cacodylique ; on débute par une cuillerée à café, pour augmenter progressivement, jusqu'à cinq cuillerées à café dans un cas de M. Danlos ; cependant, il est rarement indiqué d'atteindre cette dose, et une à deux cuillerées à café sont les doses auxquelles on doit habituellement s'en tenir.

L'arsenic est absolument contre-indiqué dans les poussées psoriasiques aiguës. En outre, son administ-

Digitized by Google

tration est toujours subordonnée à la tolérance du malade pour le médicament. Notons enfin la possibilité d'accidents toxiques, et l'apparition possible, sous son influence, d'une mélanodermie arsenicale.

Parmi les autres médicaments employés contre le psoriasis, un seul, l'*iodure de potassium*, mérite une mention particulière : employé à la dose de 6 à 12 grammes par 24 heures (Besnier) et jusqu'à 40 grammes (Halsund), il produirait des cures assez rapides, mais à la condition d'être accompagné d'un traitement local actif. Avec M. Brocq et M. Gaucher, nous pensons qu'à de telles doses les inconvénients de la médication iodurée, et surtout ses dangers, dépassent de beaucoup le bénéfice qu'on peut en retirer.

La même conclusion s'applique aux médications par le *suc thyroïdien*, l'*iodothyrine*, le *suc testiculaire*, le *suc ovarien*, le *phosphore*, dont l'emploi ne repose sur aucune base physiologique.

b) *Traitement diététique.* — M. Besnier accorde une grande importance au *régime végétarien*, dans le traitement du psoriasis. La plupart des dermatologistes recommandent avec raison l'abstention de boissons alcooliques et d'aliments excitants, accusés de favoriser les réactions cutanées inflammatoires : tels sont le poisson, le gibier, la charcuterie, les fromages fermentés, les choux, le bouillon gras (Gaucher), les sauces et épices. Les boissons excitantes, comme le café et le thé, doivent aussi être prohibées. M. Gaucher recommande l'usage des diurétiques et particulièrement du lait, chez les psoriasiques arthritiques susceptibles de faire des métastases lors de la disparition de l'éruption.

c) *Traitement hygiénique.* — M. Brocq recommande aux psoriasiques un exercice journalier modéré. L'hydrothérapie tiède est également un bon adjuvant des médications locale et générale. Enfin, M. Gaucher insiste sur les moyens de maintenir et même d'augmenter la transpiration cutanée chez ces malades, à l'aide de vêtements chauds, ou par le séjour dans des climats chauds. « C'est en effet, dit-il, un fait d'observation vulgaire, que les dermatoses chroniques, d'une façon générale, sont beaucoup plus pénibles l'hiver que l'été, à cause de la diminution de la transpiration cutanée. »

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la fièvre puerpérale. — Voici comment Aufrecht traite les femmes atteintes d'infection puerpérale. Il leur fait deux ou trois fois par 24 heures une injection intra-utérine avec une sonde en verre, en forme de gouttière comme celle du Budin, mais courbée selon l'axe du bassin. Il leur injecte pendant deux ou trois jours de suite, une fois par jour, 0 gr. 50 de chlorhydrate de quinine dans les parties latérales de l'abdomen en piquant de haut en bas ; le sel de quinine est dissous dans 17 centimètres cubes d'eau sans acide. En cas de vomissements il leur donne de la morphine ; le champagne et l'alcool sont réservés pour le cas de collapsus. Les résultats de ce traitement seraient excellents. (*Thérap. Monatshefte.*) — Bd.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

La grippe et les cardiopathies. — L'importance de la grippe dans la cardiopathologie a été bien comprise en France depuis dix ans, et M. Huchard lui a consacré plusieurs études dans ce journal. A l'étranger, on a également observé l'influence désastreuse de l'influenza sur le cœur ; si bien que, d'après von Vogel, le nombre de cardiaques a progressé de 3,6 à 6,1 pour mille dans l'armée bavaroise depuis la pandémie grippale (*Berl. Klin. Wochenschrift*). D'après ce médecin, l'appareil nerveux du cœur serait particulièrement exposé : la tachycardie, l'arythmie, la bradycardie fréquemment observées seraient des signes révélateurs de sa souffrance. Les vaisseaux, à peine malades avant l'infection grippale, s'achemineraient rapidement vers la sclérose avec ses conséquences. Le myocarde pourrait du reste être primitivement atteint, comme la dilatation et l'insuffisance du cœur si fréquentes pendant la grippe, le démontrent. Les lésions valvulaires seraient rares et devraient plutôt être attribuées à des infections secondaires surajoutées au bacille de Pfeiffer. Néanmoins un endocarde antérieurement lésé, présenterait un terrain favorable à une nouvelle poussée d'endocardite grippale.

En somme, après le rhumatisme, la grippe est la maladie infectieuse la plus redoutable pour le cœur. — Bd.

Tuberculose du myocarde. — On ne connaît que 36 cas de tuberculose du cœur, et le diagnostic de cette localisation est toujours difficile, d'autant plus que son évolution, est en général, chronique et torpide. Eisenmenger (Vienne) a observé les deux cas suivants (*Zeitschrift f. Heilkunde*) : ascite considérable, peu d'œdème ; pouls fréquent et irrégulier ; augmentation de la matité précordiale vers la droite ; souffle systolique mitral et dédoublement du deuxième bruit à l'artère pulmonaire. Mort dans le collapsus. A l'autopsie, on trouve une péricardite ancienne avec une synéchie complète des deux feuillets ; dans l'oreillette droite siège un tubercule de la taille d'un citron ; la mort était due à une embolie de l'artère pulmonaire. Le foie était dur, atrophié, congestionné, de sorte que l'ensemble correspondait au syndrome décrit par A. Pick sous le nom de cirrhose du foie d'origine péricardique, syndrome qui a fait le sujet de thèse de M. Venot (Paris 1899).

La deuxième observation a trait à un sujet atteint de tuberculose osseuse et pulmonaire, présentant de l'œdème des jambes, de l'arythmie, de la dyspnée. Un bruit de frottement révélait la péricardite ; le malade eut plusieurs attaques d'œdème aigu du poumon et plusieurs syncopes. A l'autopsie, on nota de la tuberculose de tous les viscères, une synéchie complète du péricarde et du cœur, et de grosses masses caséeuses dans la paroi des oreillettes et à la naissance de l'artère pulmonaire. Cliniquement, on avait remarqué plusieurs fois l'apparition d'une vaste zone de matité absolue à la base du poumon gauche, qui disparaissait complètement après une demi-heure ou une heure : ce fait s'expliqua par l'existence d'une couche épaisse d'adhérences pleurales à ce niveau, très imbibées de liquide œdémateux : selon la quantité d'œdème, la matité était plus ou moins complète. Il convient de remarquer la fréquence des accidents syncopaux notée déjà antérieurement dans les tuberculoses cardiaques.

Digitized by Google

MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La théorie protosystolique du bruit de galop

Par le Prof. A. D'Espine (de Genève)

Lettre ouverte à M. le Dr Huchard

Mon cher ami,

Vous me demandez pour la troisième édition de votre Traité des maladies du cœur et des vaisseaux un résumé de ma théorie du bruit de galop. En réalité, je n'ai pas émis de théorie, je me suis borné, dans une étude de cardiographie clinique (1), à constater la coïncidence du bruit de galop avec l'apparition dans le cardiogramme d'une ondulation bien marquée interrompant la ligne d'ascension brusque de la systole ; l'enregistrement simultané du temps et du tracé de la carotide m'a permis d'affirmer que ce crochet était protosystolique et non présystolique.

Pour Potain, cette ondulation est présystolique ; l'oreillette est le « primum movens » des explications différentes et successives qu'il a données de la pathogénie du bruit de galop.

Dans mon mémoire de 1882, je vous recommande la lecture de l'obs. III, avec le tracé pris à la période de compensation, sans bruit de galop, dont la ligne d'ascension systolique est droite et n'est interrompue par aucune ondulation (fig. 22, p. 33). Comparez-la avec le tracé pris sur le même malade (néphrite interstitielle) arrivant éreinté d'un long voyage à pied ; la rupture de compensation est évidente : le malade est essoufflé, il a les pieds enflés et l'on entend un bruit de galop manifeste, qui se traduit sur le cardiogramme par une ondulation sur la ligne d'ascension, qui précède le repaire carotidien d'une fraction de seconde trop faible pour être la présystole (fig. 24, p. 38).

Potain a si bien compris la valeur de ce document, que dans sa *Clinique médicale de la Charité* (2) il place le début de la systole au haut de la ligne d'ascension ventriculaire et fait rentrer cette dernière dans la présystole. Il développe la même idée dans son mémoire de 1899 sur la pulsation cardiaque.

Cette interprétation a été réfutée, me semble-t-il, d'une façon définitive par les deux mémoires de Chauveau (3), parus également en 1899, dans le *Journal de Physiologie*. Chauveau y démontre que jamais la pulsation auriculaire, qui d'ailleurs n'est pas toujours accusée sur le tracé du choc, ne se confond avec la pulsation cardiaque vraie. Le battement auriculaire (contraction et relâchement) est un phénomène indépendant complètement terminé quand débute le battement ventriculaire. Du reste, entre ces deux battements s'interpose constamment une période *intersystolique* plus ou moins longue, qui établit une barrière infranchissable entre la pulsation essentielle et la pulsation adventice. Cette période, caractérisée souvent dans les tracés de Chauveau par une petite ondulation, correspond suivant lui au durcissement systolique du ventricule.

Le premier chapitre de mon travail était consacré à démontrer dans le cardiogramme du cheval et de l'homme la trace de plusieurs efforts successifs du ventricule, dont deux principaux : le premier que j'ai appelé *pulsation mitrale*, parce qu'il coïncide avec le premier bruit et a pour résultat d'ouvrir les valvudes sigmoïdes en triomphant de la tension artérielle ; le second, plus puissant et plus prolongé, que j'ai appelé *pulsation aortique* et qui a pour résultat de faire pénétrer le sang du réservoir aortique jusqu'aux capillaires. « Tandis que la forme de « la première pulsation, disais-je, dépend surtout de « la résistance intra-ventriculaire, celle de la seconde « dépend surtout des résistances périphériques. »

Le bruit de galop coïncide avec une modification de l'onde mitrale, caractérisée par la présence sur le tracé ventriculaire de deux efforts au lieu d'un. J'ai donné à cette systole en plusieurs temps par abréviation le nom de *polysystole* (page 12 du mémoire).

La présence de secousses multiples dans la systole du cœur des mammifères était à cette époque en contradiction avec l'opinion classique de Marey qui admettait une secousse unique. Il est juste de rappeler que les recherches du grand physiologiste français avaient été faites sur le cœur de la tortue.

La polysystole du cœur, qui avait été entrevue par Traube (1) et par Rosenstein (2), a été reprise après mon mémoire par Frédericq (3) et par Contejean (4). Frédericq base sa démonstration des secousses multiples ventriculaires, soit sur des tracés pris sur le cœur avec la pince myographique, soit sur les reproductions photographiques des variations électriques négatives de la systole. Contejean s'est servi aussi du myogramme du cœur et a en outre démontré la réalité des secousses multiples par des tracés hémautographiques.

(1) *Revue de médecine*, 1882, p. 1 et p. 117.
(2) *Clinique médicale de la Charité*. Paris 1894, p. 542.
(3) *Journal de Physiologie*, 1899, p. 377 et 785.

(1) *Gesamm. Abhandl.* vol. III, p. 598.
(2) *D. Arch. f. klin. Méd.*, XIII, 1879.
(3) *Travaux du laboratoire de physiologie de Liège*, tome II, 1887-1888, p. 37.
(4) *Soc. de Biologie*. Séances des 12 mai et 22 déc. 1894 et du 19 décembre 1896.

Digitized by Google

Je n'ai rien publié sur le bruit de galop depuis mon mémoire de 1882, mais j'ai continué à accumuler depuis lors des matériaux cliniques et cardiographiques qui m'ont confirmé dans la conviction que le bruit de galop est un redoublement du premier bruit et n'a rien à faire avec la présystole : c'est un phénomène *protosystolique*.

Ainsi, dans ma collection, je possède une série de tracés avec ondulation présystolique exagérée sans bruit de galop. C'est une constatation négative qui a sa valeur pour combattre la théorie présystolique de Potain. Je citerai en particulier comme absolument démonstratif le tracé recueilli dans mon service à l'Hôpital cantonal en 1886 chez B., homme de 31 ans, qui était atteint de néphrite mixte avec polyurie et albuminurie (1 0/00) ; *il n'y avait pas trace de galop* et néanmoins le début de la systole était précédé par un *énorme crochet présystolique*, tandis que la ligne d'ascension systolique était droite et sans crochet.

D'ailleurs je dois vous confesser très humblement que je n'ai jamais pu bien comprendre l'explication acoustique du bruit de galop donnée par le célèbre médecin de la Charité. La diastole à l'état normal est insonore et ne donne lieu à des bruits anormaux, roulement ou souffle, que lorsqu'il y a étranglement de la veine liquide par un rétrécissement du canal mitral. J'ajouterai un argument qui me paraît plus péremptoire; on a souvent signalé à la période de rupture de compensation du cœur rénal, j'ai pu le constater moi-même plusieurs fois, la coexistence du bruit de galop avec un souffle doux d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Comment l'expliquer dans la théorie présystolique, puisque le bruit surajouté qui engendre le bruit de galop, est produit, d'après Potain, par le passage brusque du sang de l'oreillette dans le ventricule relâché et que le souffle mitral est produit *en même temps* par le passage de l'onde sanguine en sens inverse à travers l'orifice mitral rétrodilaté et insuffisant?

Si je reste partisan convaincu de ce que vous voulez bien appeler ma théorie, je profite néanmoins aujourd'hui, mon cher ami, de l'occasion que vous m'offrez pour rectifier quelques-unes de mes assertions d'antan. J'ai modifié mon opinion sur les quatre points suivants :

1. L'*hypertension artérielle* que je considérais alors comme une condition sine qua non de la production du bruit de galop, n'est pas absolument nécessaire, comme Frœntzel l'a démontré. Le galop le plus typique que j'aie jamais entendu et perçu à la palpation de la pointe, a été observé par moi chez une jeune femme atteinte d'anémie pernicieuse trois semaines après ses couches et a continué sans albuminurie avec une monotonie désespérante pendant six jours. L'autopsie a révélé une dégénérescence graisseuse étendue du myocarde avec petites sugillations hémorragiques disséminées. J'ai observé également le galop dans le cours de quelques fièvres typhoïdes graves et dans la maladie de Basedow avec dilatation du cœur. Il n'en reste pas moins vrai, comme Potain l'avait indiqué, que le bruit de galop néphritique est de beaucoup le plus fréquent. Je disais dans mon mémoire (p. 39) : « Le bruit de galop est toujours « un signe d'affaiblissement du cœur, qu'il se pro- « duise au début de la néphrite, avant l'hypertro- « phie compensatrice, ou à la fin, quand il y a rup- « ture de compensation, mais c'est un signe indirect « d'asthénie cardiaque puisqu'il suppose toujours « une résistance exagérée (haute tension artérielle) ».

Il faut étendre la même explication aux cas où l'augmentation du travail demandé au ventricule pour maintenir l'intégrité de la circulation avec une tension artérielle normale ou abaissée, provient de l'affaiblissement du myocarde lui même. Je remplace donc volontiers l'expression d'insuffisance cardiaque *indirecte* par celle de *relative*, proposée par Lépine (1) ; elle s'applique aussi bien aux cas de Fraentzel (2) qu'aux miens. Le cœur affaibli, comme je le disais, s'y reprend à deux fois pour se débarrasser de son contenu, d'où le bruit de galop. Aussi je n'oserais plus aujourd'hui affirmer, comme en 1882, que l'insuffisance aortique ne s'accompagne jamais de bruit de galop, puisque dans les énormes dilatations du ventricule gauche observées parfois dans les cas graves, on conçoit que le ventricule puisse se créer à lui-même sa résistance pour expulser une masse de sang plus considérable qu'à l'état normal.

2. Le *bruit de galop droit* que j'admettais dans les dilatations du cœur droit par l'asphyxie ou le rétrécissement mitral, existe-t-il réellement? J'en doute fortement aujourd'hui et voici pourquoi. D'abord la synergie absolue des deux ventricules doit faire admettre que le ventricule gauche y participe; il faut donc désigner sous le nom de galop droit seulement la prédominance du bruit à droite. Ensuite je possède dans ma collection plusieurs cardiogrammes avec forte présystole et pulsation protosystolique unique qui appartenaient à des rétrécissements mitraux classiques. L'auscultation révélait un triple bruit ressemblant au galop, mais dont le dernier était le premier bruit; c'était donc un *faux galop*, dû à l'inversion du rythme cardiaque, si fréquent dans le rétrécissement mitral.

3. Le *bruit de galop est-il toujours produit par le double claquement de la mitrale* sous l'influence

(1) *Lyon médical*, tome XL, p. 541.
(2) *Zeitschr. für klin. Med.*, III, p. 491.

Digitized by Google

des deux efforts ventriculaires protosystoliques? Je le crois encore pour les cas où les deux membres du galop sont très rapprochés et que j'ai désignés sous le nom de *bruit de trot*; dans ces cas, en effet, le premier terme du galop est un bruit bref, clair, sonore, qui rappelle les bruits de claquement valvulaire. Au contraire, dans le bruit de galop classique, j'ai habituellement trouvé, comme Potain, que le bruit surajouté, le premier terme du triple bruit, est sourd, sans éclat, presque insonore; à l'oreille appliquée snr le thorax, il paraît être souvent un mouvement plutôt qu'un bruit. Le retard carotidien est, en pareil cas, notablement augmenté, en moyenne de trois à quatre centièmes de seconde. Cet allongement de la protosystole qui n'est pas suffisant pour y comprendre la présystole, s'explique très bien aujourd'hui par l'intersystole de Chauveau et je serais disposé à admettre que le premier terme du galop et l'ondulation du tracé qui y correspond, sont produits par un durcissement systolique plus énergique qu'à l'état normal et qui se traduit à l'oreille par un *bruit musculaire* sourd, presque aphone.

4. Je termine enfin par une *rectification* relative au cardiogramme du rétrécissement aortique qui est figuré à la page 126 de mon mémoire. L'inscription simultanée du pouls carotidien et du pouls radial m'avait fourni des chiffres tout à fait extraordinaires pour les retards du pouls carotidien (0",65) et du pouls radial (0",76) sur le début de la systole, Cela tient à ce que le tracé du choc est négatif au lieu d'être positif, comme l'a déjà montré Waller dans une note sur la durée de la systole cardiaque. Si l'on compte les retards sur le cardiogramme *retourné*, on trouve au contraire les retards normaux; le retard carotidien est de 0",10 et le retard radial de 0",21.

Le rétrécissement aortique pur est rare; j'ai pu néanmoins retrouver dans ma collection deux autres tracés, où le retard carotidien est normal ou même subnormal. Il faut donc supprimer la légende de l'augmentation du retard carotidien dans le rétrécissement aortique, que j'avais contribué à accréditer.

Voilà, mon cher ami, le résumé que vous m'avez demandé. Si je ne vous ai parlé ni du galop mésosystolique, ni du galop proto-diastolique, dont il est question dans les travaux récents, c'est qu'ils ne rentrent pas dans la définition classique du bruit de galop et constituent ce que j'appelle les *faux galops* dont la valeur séméiologique est toute différente. Comme l'a dit Lépine, tout triple bruit correspondant à une révolution du cœur ne mérite pas le nom de bruit de galop; pour qu'il y ait bruit de galop il faut que le troisième bruit perçu par l'oreille corresponde au claquement des sigmoïdes. Bouillaud distinguait déjà le bruit de rappel (dédoublement du second temps) du bruit de galop qu'il a décrit le premier. Le rythme du galop avec tachycardie peut être simulé à l'oreille d'une façon parfaite par l'inversion mitrale du rythme cardiaque ou par un bruit surajouté extra-cardiaque.

La pathogénie du bruit de galop est pour le moment une simple question de curiosité scientifique; sa valeur séméiologique au contraire est de premier ordre, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du pronostic. N'oublions pas que c'est à Potain, ce maître incomparable, que nous devons à peu près tout ce qu'il y a d'important à connaître à ce sujet.

CHIMIE MÉDICALE

Phtisie pulmomaire et terrain humain (Prophylaxie et traitement). — Dans de précédentes communications faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine (18 et 19 mars 1901) et au Congrès de la Tuberculose à Londres (24 juillet 1901), nous avons montré que chez 92 0/0 des phtisiques il y avait augmentation considérable dans la consommation de l'oxygène et dans la production de l'acide carbonique, et nous avons utilisé ce fait comme moyen de diagnostic précoce de la maladie. Ne trouvant, ni dans une réaction de défense organique, ni dans une manifestation de l'attaque bacillaire la raison de ces phénomènes, nous avons été conduits par certaines de nos recherches à penser qu'ils traduisaient un des caractères du terrain apte à l'infection par le bacille de Koch.

Cette proposition est aujourd'hui démontrée par des analyses pratiquées sur trente descendants de phtisiques qui présentent les phénomènes en question dans la proportion de 60 0/0. Nous avons constaté aussi qu'ils constituent le trait commun à tous les états protopathiques de la phtisie, qu'il s'agisse d'alcoolisme ou d'un des modes quelconques de surmenage. Ils caractérisent donc l'une des conditions fondamentales de ces états que l'on désignait jusqu'ici sous le nom vague d'*états de déchéance organique;* ce qui rend au terrain dont le diagnostic devient possible, une partie de la valeur dont semblait l'avoir dépossédé l'avénement du bacille de Koch.

Cette découverte montre encore que les états de déchéance pré-tuberculeuse relèvent d'une vitalité exaspérée jusqu'à l'auto-consomption, et non, comme on l'enseigne officiellement à tort, d'une vitalité amoindrie.

Elle bouleverse toutes les idées directrices de la

Digitized by Google

prophylaxie et du traitement de la phtisie, qui conduisait, pour ce qui concerne l'indication du terrain, à employer principalement des médications dites toniques, dont le propre est de stimuler une vitalité et des échanges organiques déjà en état de suractivité.

Elle démontre, au contraire, par le simple exposé des faits que la prophylaxie de la tuberculose par la modification de son terrain ne doit faire état que de médicaments, de médications et d'agents capables de restreindre le pouvoir qu'a l'organisme de fixer trop d'oxygène et de produire trop d'acide carbonique, c'est-à-dire de se consumer. Dans le traitement de la maladie confirmée cette indication conserve toute sa valeur.

Nous avons étudié, à ce point de vue, 40 médicaments ou agents physiques dont les effets seront successivement publiés. Parmi ceux-ci, l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude et l'arsénite de potasse à la dose de cinq milligrammes, le cacodylate de soude à la dose de cinq centigrammes, le tartre stibié diminuent les échanges respiratoires des phtisiques dans les proportions de 10 à 27 0/0. Mais les arsenicaux employés à doses doubles des précédents ont plutôt sur les échanges une action accélérante. On possède ainsi un criterium de la dose optime qui ne saurait être dépassée sans inconvénient.

Nos recherches faites sur la respiration d'air chaud et sec, d'air chaud et humide ou d'air froid, sur le refroidissement ou l'échauffement de la surface cutanée éclairent la climatothérapie de la phtisie et de ses états protopathiques. Ainsi les climats froids où le phtisique peut inspirer de l'air à basse température, conviennent aux phtisiques et aux prédisposés, pourvu que la surface du corps soit maintenue assez chaude. De même, les climats chauds conviendraient si les malades pouvaient y respirer de l'air plus frais, ce qui ne semble pas impossible à réaliser à l'aide d'un dispositif qui permettrait de refroidir l'air inspiré.

L'examen du chimisme respiratoire permet de déterminer si les altitudes ou le séjour au bord de la mer sont ou non favorables à tel sujet déterminé phtisique ou prédisposé, en examinant son chimisme avant le départ et après une semaine de résidence.

L'expérience nous a démontré qu'il y a des médications capables de modifier le terrain, et l'examen des échanges respiratoires permet de déterminer ces médications, comme aussi de savoir si elles ont agi dans tel cas particulier et, par suite, si tel individu prédisposé a cessé de l'être au moins temporairement. Chez 6 prédisposés, nous avons pu ramener à la normale le chimisme respiratoire exagéré par l'emploi de la médication restrictive des échanges organiques repos, alimentation d'épargne, huile de foie de morue, arsénicaux, médication digestive, etc.).

Ce mode de prophylaxie de la tuberculose, qui s'adresse à son terrain, mérite d'attirer l'attention au même titre que celui qui consiste à poursuivre le bacille, et la lutte contre la tuberculose ne saurait être efficace sans le concours de ces deux éléments.

Aux mesures d'hygiène publique et privée édictées contre le bacille de la tuberculose, il faut donc ajouter l'examen du chimisme respiratoire de tous les individus soupçonnés de prédisposition. Et de même qu'on vaccine contre la variole, de même il faudra traiter préventivement, chez les individus reconnus prédisposés, l'aptitude à contracter la tuberculose, et cela, non par les vaccins, mais par des moyens reconnus capables de modifier les conditions chimiques ou vitales du terrain, à savoir l'exagération des échanges respiratoires et la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une étude ultérieure.

Enfin, le traitement de la phtisie confirmée ne doit plus se cantonner dans la médication anti-bacillaire, il doit faire état de la consomption qui rend l'organisme apte à l'infection et modifier concurremment celle-ci, non par les toniques et les stimulants, mais par des agents et des médications anti-derpéditeurs, qui restreignent la consommation et la fixation de l'oxygène par les tissus et par les aliments et les médicaments qui dérivent sur eux une partie du comburant qui épuise l'organisme. — A. Robin, *de l'Académie de médecine*, et Maurice Binet.

BACTÉRIOLOGIE

Bactériologie de la pneumonie suppurée. — En matière de pneumonie lobaire, franche, aiguë, l'accord est unanime pour faire du pneumocoque l'agent pathogène causal, unique, de la lésion pulmonaire. Il n'en est pas de même pour la pneumonie suppurée, et, jusqu'à ces derniers temps, on admettait presque généralement que la suppuration du bloc hépatisé est l'œuvre d'infections secondaires (streptocoque et staphylocoque).

Contrairement à cette opinion, le Dr Ch. Kieffer (*Thèse de Paris*, 1901) attribue au pneumocoque seul le rôle pyogène dans la pneumonie lobaire suppurée. Les rares cas où l'on constate des associations microbiennes seraient l'exception non la règle, et si pendant longtemps on a donné le rôle prépondérant à des agents autres que le pneumocoque, cela tient à des fautes de technique et d'interprétation.

Si, à l'autopsie, on recueille par une ponction aseptique le pus d'un bloc d'hépatisation grise, on trouve le pneumocoque à l'état de pureté. L'exa-

Digitized by Google

men microscopique sur lamelles, après coloration au bleu de Kühne, révèle uniquement le diplocoque encapsulé de Talamon-Fraenkel. Ce microbe, il est vrai, affecte souvent le mode de groupement en courtes chaînettes, ce qui a pu le faire prendre pour du streptocoque. Sur cultures, l'absence de colonies de tout microorganisme étranger, est, pour ainsi dire, la règle. Au cas contraire, ces colonies étoufferaient celles du pneumocoque, qui, on le sait, possède une vitalité médiocre. Les inoculations de pus à la souris montrent la faible virulence du pneumocoque, due à la nécrose générale des éléments cellulaires et microbiens au sein du lobe pneumonique suppuré.

Exceptionnellement, l'auteur a trouvé, associé au pneumocoque, le pneumobacille de Friedlander. Ce microbe, qui vit dans la bouche à l'état saprophyte, a dû très probablement dans ce cas envahir secondairement le bloc pulmonaire antérieurement hépatisé par l'action du pneumocoque. — P. B.

Le bacille diphtérique dans la bouche des individus sains. — Les recherches récentes ont montré que le bacille diphtérique se trouvait assez souvent dans la bouche de sujets sains; on en arrive même à se demander si ce bacille n'est pas, comme le pneumocoque et les microbes pyogènes, un saprophyte de la bouche capable d'exalter sa virulence dans diverses occasions et de devenir ainsi le point de départ d'angines diphtériques qui ne seraient point nées de la contagion.

Kober (*Zeitschrift fur Hygiene,* 1899) a fait cette recherche sur une grande échelle ; il a examiné 128 personnes qui avaient été en contact avec des diphtériques, et 600 qui n'avaient point été exposées à la contagion. Ses résultats diffèrent un peu de ceux de la plupart des auteurs. Tandis qu'on trouve en moyenne le bacille diphtérique chez 19 0/0 des individus qui ont été en contact avec des diphtériques, Kober ne l'a vu dans ces conditions que 8 fois sur 100. Chez les sujets non exposés, il ne l'a rencontré qu'environ 2,5 fois sur 100, au lieu de 7 0/0 qu'indiquent les statistiques ordinaires. Il pense même que pour les personnes saines non exposées, la proportion devrait être encore plus faible.

Les bacilles trouvés chez les sujets exposés à la contagion étaient tous virulents; ceux trouvés dans la bouche des sujets non exposés n'étaient virulents que dans 10 cas sur 15.

La différence entre les résultats de ces statistiques tient sans doute à la différence des procédés employés pour l'isolement du bacille diphtérique. Avec des procédés plus perfectionnés et plus sensibles, il est possible que le bacille de Lœffler soit trouvé dans la bouche de tous les individus sains. — E. L. M.

PATHOGÉNIE

Pathogénie des phlébites. — Le rôle de l'infection dans la pathogénie des phlébites, et en particulier des phlébites puerpérales, est aujourd'hui bien connu. On observe souvent, en effet, chez les nouvelles accouchées atteintes de phlegmatia, des phénomènes infectieux (fièvre, albuminurie). Les agents pathogènes ont été retrouvés dans les parois veineuses altérées et dans le caillot. D'autre part, Vaquez a reproduit des phlébites expérimentales en injectant des cultures microbiennes dans des veines préalablement traumatisées.

Cependant, il est aussi démontré que la coagulation du sang dans les veines peut être produite par l'introduction de parcelles solides (Glénard). Elle est également favorisée par des irrégularités pathologiques de la paroi interne du vaisseau ; enfin, par la présence, dans le sang, de toxines ou de substances chimiques.

S'appuyant sur ces faits, le Dr J. Favre (*Thèse de Paris,* 1901), admet qu'à côté des phlébites infectieuses il existe d'autres cas dans lesquels l'infection semble ne jouer qu'un rôle secondaire, parfois nul. Certaines phlébites *post-partum* évoluent sans frisson, sans fièvre, et, dans quelques cas, les ensemencements du caillot ont été négatifs. L'application des méthodes antiseptiques ne semble pas avoir diminué sensiblement le nombre des phlegmatias des accouchées. Dans certains cas, où les suites de couches avaient été pathologiques, la phlébite a évolué sans fièvre, dix jours après le retour de la température à la normale.

Les lésions de phlébosclérose sont indéniables dans certains états diathésiques ou certaines intoxications (saturnisme, alcoolisme); les phlébites goutteuses sont décrites depuis longtemps. Or, dans la goutte, la proportion des acides de l'organisme augmente : c'est une maladie par ralentissement de la nutrition.

Pendant la grossesse, la nutrition est également ralentie ; les oxydations diminuent, le taux de l'urée baisse, ainsi que l'alcalinité du sang, tandis que l'acidité des urines augmente. Il se fait une déminéralisation notable, et, par suite, des substances minérales, les sels de chaux en particulier, parcourent en abondance le torrent circulatoire. Toutes ces causes sont susceptibles de favoriser la coagulabilité sang.

Les nombreuses expériences pratiquées sur des femmes enceintes à terme et sur de nouvelles accouchées, ont montré que chez elles le temps de coagulation était plus court qu'à l'état normal. En même temps, le taux de la fibrine augmente et atteint son maximum à l'époque de l'accouchement.

Digitized by Google

Enfin Charrin et Moussu ont montré que du mucus injecté dans les veines provoque une rapide coagulation. Il se peut qu'au niveau de la plaie placentaire ait lieu une résorption de mucosités dont la présence dans le sang pourrait ne pas être étrangère à l'apparition des phlébites puerpérales. Telle était l'opinion de Mauriceau qui attribuait la cause des phlébites (1733) à « un reflux, vers les extrémités inférieures, d'humeurs qui devraient être évacuées par les vidanges ». — P. B.

Tatouage et détatouage. — Le tatouage est une coutume qui prend son origine chez les peuples les plus anciens. Les sauvages le pratiquent avec une grande ferveur ; il en est qui se font tatouer jusque sous la langue. On le retrouve chez tous les peuples, exécuté avec des procédés analogues. Les matières colorantes les plus employées sont l'encre de Chine et le vermillon; on les fait pénétrer dans la peau avec des aiguilles.

De tout temps aussi, les tatoués ont désiré être détatoués et on a imaginé un grand nombre de procédés pour enlever le tatouage. Le meilleur est le procédé de Variot qui consiste à enduire la peau avec une solution concentrée de tanin, puis à faire des piqûres multiples à l'aiguille et à passer ensuite le crayon de nitrate d'argent. Il se fait ainsi un tanate d'argent qui pénètre l'épiderme et le détruit ; après quelques jours il se forme une escarre qui tombe pour laisser une cicatrice rosée qui se décolore plus tard. Martin (*Thèse Paris*, 1901) a utilisé une solution d'acide oxalique.

Le tatouage s'observe assez fréquemment chez les aliénés ; le désœuvrement, l'entraînement par l'exemple, en sont la cause. Bien qu'on ait dit, les dessins tatoués chez les aliénés n'ont aucun rapport avec leur genre de folie, ils ne peuvent donc servir à étudier les antécédents des aliénés. — E. L. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vote des conclusions de la Commission de l'hygiène de l'enfance. — M. Porak propose au vote de l'Académie, au nom de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance, les propositions suivantes, comme conclusion au rapport qu'il a lu le 10 décembre 1901.

1° L'allaitement de l'enfant par sa mère, et, à son défaut, par une autre femme, doit être préféré à tout autre mode d'allaitement.

2° Si le lait de femme manque, le lait animal (ânesse, vache, chèvre, etc.) doit constituer la nourriture exclusive du jeune enfant.

3° Tout lait animal doit être donné non contaminé, ou bouilli, ou mieux stérilisé.

4° Le biberon à tube doit être légalement interdit.

5° Il y a lieu : D'ordonner une enquête pour établir les avantages et les inconvénients d'une modification à l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874 qui oblige les nourrices sur lieu, par une loi d'exception, à faire allaiter au sein leur enfant s'il n'est pas âgé de sept mois révolus.

6° Considérant : Que l'allaitement au sein tel que la circulaire du 8 août 1901 de la Préfecture de Police interprète l'art. 8, est dépourvu de garantie sérieuse d'exécution et n'est, d'ailleurs, applicable que dans le département de la Seine,

Il y a lieu : D'étendre l'inspection médicale instituée par la loi du 23 décembre 1874, non seulement aux nourrices, sevreuses, gardeuses salariées, mais aussi aux parents qui soignent avec ou sans salaire les enfants des nourrices sur lieu et les enfants secourus ;

De soumettre dans tous les départements les nourrices sur lieu et les nourrices à emporter, à leur départ et à leur destination, à un double contrôle médical et administratif ;

De soumettre au certificat médical toutes les questions de sa compétence, dont quelques-unes incombent actuellement au certificat administratif et d'astreindre les postulantes à obtenir le certificat médical avant de demander le certificat administratif ;

D'organiser un service de contrôle et d'édicter des pénalités contre les nourrices qui ne se seront pas soumises au double contrôle médical et administratif à leur départ et à leur destination

7° Considérant : Que la mortalité des nourrissons est très élevée le premier mois, qu'elle s'abaisse brusquement dès le deuxième mois, qu'elle diminue ensuite graduellement d'abord peu les deuxième, troisième, quatrième, cinquième mois, puis davantage le sixième et le septième mois, et, enfin, rapidement, du huitième au vingt-quatrième mois,

Il y a lieu : De prescrire, au point de vue de l'inspection médicale, des visites hebdomadaires pour les enfants âgés d'un mois, des visites semi-mensuelles pour les enfants âgés de deux, trois, quatre et cinq mois, des visites mensuelles pour les enfants âgés de six et sept mois, et d'espacer ensuite les visites régulières qui devront être faites aux nourrissons pendant les deux ans de leur placement, de façon à en fixer le nombre à 24 visites au moins ;

De faire contrôler les registres rédigés aux mairies, se rapportant à la loi du 23 décembre 1874, par les inspecteurs départementaux, à chacune de leurs tournées.

8° L'assistance médicale gratuite doit être accordée aux nourrissons de parents insolvables.

9° L'assistance judiciaire doit être accordée aux nourrices pour leur permettre de poursuivre la récupération

Digitized by Google

des salaires qui leur sont dus par les parents des nourrissons qu'elles élèvent.

Ces conclusions, successivement mises aux voix, sont adoptées, ainsi que leur ensemble. (*11 janvier*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Aortite syphilitique latente et névralgies viscérales. — M. L. Renon (Voir page 51).

Adénites suppurées multiples consécutives à la dengue. — MM. Antony et Morvan rapportent l'observation d'un officier de marine, qui, dans la convalescence d'une pneumonie, présenta une adénite suppurée de l'aîne. En remontant dans les antécédents de ce malade, on apprit que, dix-huit mois auparavant, il avait été atteint de la dengue pendant une croisière en Océanie. Dans les mois qui suivirent, il présenta plusieurs adénites, les unes suppurées, les autres restées indolentes.

L'une de celles-ci, pendant la convalescence de la pneumonie s'enflamma de nouveau et aboutit à la suppuration.

Un point de diagnostic fort délicat se posa tout d'abord. L'existence d'une pneumonie et d'une adénite suppurée, manifestations fréquentes de la peste, devait nécessairement faire penser à cette affection chez un marin. L'examen bactériologique leva tous les doutes, en montrant que les crachats et le pus ganglionnaire ne contenaient pas de bacille de Yersin. Le malade guérit d'ailleurs sans autre incident.

Myopathie progressive. — MM. Lion et Gasne rapportent les observations de deux malades atteints de myopathie progressive (ancienne atrophie musculaire progressive de Duchesne) frappant surtout les muscles de la face, des épaules et des membres supérieurs, survenue sans cause appréciable. (*10 janvier.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Danger du taxis dans la réduction des hernies. — M. Guinard. Il est de chirurgie courante de dire qu'en présence d'une hernie étranglée le traitement de douceur est la kélotomie, alors que le taxis n'est qu'une méthode aveugle et dangereuse. Depuis que ces idées se sont répandues, on ne voit que rarement ces sphacèles herniaires, ces désastres de réduction en masse avec persistance de l'étranglement, ces phlegmons herniaires qui rendaient la hernie étranglée si périlleuse.

Dans l'observation de M. Morestin, analysée par M. Guinard, il s'agit d'un malade auquel un médecin réduisit par le taxis une hernie inguinale étranglée. Néanmoins, les phénomènes d'étranglement persistèrent fort graves, s'accompagnant de symptômes de péritonite. Le chirurgien pratiqua la laparotomie et trouva une péritonite aiguë par perforation de l'anse herniée sphacélée. M. Morestin suturia la perforation et fut assez heureux pour guérir son malade.

De la subluxation par élongation de la tête du radius chez les enfants. — M. Denucé, de Bordeaux. Cette affection, commune chez les enfants, est déterminée par une traction sur le poignet se combinant avec une pronation plus ou moins forcée. Il se produit alors une hernie de la synoviale entre le ligament annulaire et le ligament carré de Denucé père de l'articulation radio-cubitale. Dès que la pronation cesse, la partie herniée est pincée, d'où une douleur assez vive, qui augmente à chaque mouvement et donne lieu à une impotence fonctionnelle et à une tuméfaction

Pour obtenir une guérison immédiate, il suffit d'étendre l'avant-bras, de le remettre de force en supination, puis de le fléchir brusquement. La hernie de la synoviale est alors réduite ; une immobilisation ultérieure est inutile.

Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure. — M. Picqué rapporte une observation de thrombose spontanée de la veine mésaraïque supérieure avec phénomènes d'occlusion intestinale et de péritonite aiguë. A l'autopsie, on trouva une gangrène de tout le jéjunum, et une phlébite oblitérante du tronc de la grande veine mésaraïque. (*8 janvier*)

BIBLIOGRAPHIE

La Gastro-Entérostomie : *Symptômes diagnostic des rétrécissements du pylore*, par Bourget, professeur de clinique médicale à l'Université de Lausanne ; *Indications chirurgicales et manuel opératoire*, par Roux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne. Une brochure gr. in-8° (n° 28 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). (Masson et Cie, éditeurs), 1 fr. 25.

La monographie de MM. les professeurs Bourget et Roux constitue dans la collection du Dr Critzman une très heureuse innovation. En effet, si le diagnostic et les médications thérapeutiques de certaines gastrites et des rétrécissements du pylore appartiennent au médecin, l'étude de l'intervention opératoire est du domaine exclusivement chirurgical. Un travail sur cette question, pour être complet et utile au point de vue scientifique et pratique, devait donc réunir la clinique du médecin à la science opératoire du chirurgien. C'est ce qu'a pensé avec raison le directeur de l'Œuvre ; il s'est adressé au professeur Bourget, connu pour ses beaux travaux sur la pathologie de l'estomac, pour faire une étude complète non seulement des cas où la gastro-entérostomie est indiquée, mais aussi des *résultats très éloignés* de cette intervention sanglante et d'autre part, il a fait appel au Dr Roux, le célèbre professeur de Clinique chirurgicale à Lausanne, inventeur d'un procédé, dit en Y, de gastro-entérostomie, adopté par presque tous les chirurgiens, pour la description minutieuse du manuel opératoire et pour l'étude des *résultats immédiats* de cette opération.

Cette heureuse collaboration a donné le jour à un travail des plus intéressants, d'une entière originalité, dans lequel la question tant débattue des atrésies pyloriques et de la gastro-entérostomie se trouve résolue théoriquement et pratiquement.

Publications de *la Parole*, Institut de laryngologie et orthophonie :

I. — **Rectification de la parole et développement des**

Digitized by Google

restes auditifs chez un sourd-muet, par A. Jund-Burguet.

II. — **De la valeur comparative des procédés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation**, par A. Jund-Burguet.

III. — **L'Aphasie motrice**, par le Dr F. Bernheim.

IV. — **A propos de l'article de MM J. Thomson et L. Turner, sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant**, par Marcel Natier.

V. — **Etiologie du stridulisme congénital chez l'enfant** (avec 10 figures), par J. Thomson et A.-L. Turner.

VI. — **Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez des névropathes, troubles de la voie parlée et chantée** (avec 4 figures), par Marcel Natier.

ACTUALITÉ

La vie médicale

Sans doute, il existe déjà des groupements ayant en vue de défendre les intérêts du corps médical. L'Union des syndicats médicaux, l'Association des médecins de France, voilà d'excellentes institutions.

Elles n'ont qu'un tort : de ne pas jouir d'une autorité assez étendue ou de restreindre leur activité à des détails d'ordre trop exclusivement matériel. Les syndicats trop peu fournis, trop disséminés aussi et manquant entre eux de cohésion suffisante, dans leur effort méritoire assurément, n'aboutissent pas toujours comme il serait désirable. Le mot d'ordre central fait défaut; la direction unique, indiscutée n'existe pas. Les intérêts au surplus où se prend l'attention des syndicats n'ont guère trait qu'à des questions d'honoraires et à des rapports confraternels. La place sociale du médecin, l'importance qu'il doit conquérir dans la cité moderne, l'union entre confrères non plus partielle, comme il arrive dans les syndicats, mais générale et s'exerçant bien au delà du territoire d'un département pour s'étendre à l'ensemble de la France, voilà des revendications et des difficultés que l'organisation actuelle des syndicats n'est à même ni de formuler ni de résoudre. Parlerons-nous de l'Association des médecins de France? Elle ne dépasse guère les attributions propres à une excellente Société de Secours mutuels. On y distribue des secours, des pensions, et cela est fort bien; on s'y réunit moyennant un banquet annuel, et cela est encore mieux. Les mille tracasseries de clientèle qui s'élèvent entre confrères ne tiennent pas debout en présence d'une explication franche. Celle-ci quand elle a lieu à table, perd vite sa note âpre et c'est sur un ton de conciliation réciproque que le différend est porté sur le tapis, je devrais dire la nappe. Comment en vouloir à un voisin avec qui on partage une aile de volaille? Et quand le champagne est versé, quelle haine résiste au choc des verres? Les dîners entre confrères, mieux que tous les discours, invitent aux concessions partagées et à la bienveillance. La jalousie prend sa source dans le sentiment d'isolement où vit l'individu; resserré sur lui-même, il devient soupçonneux, épie les gestes d'autrui a plutôt tendance à colorer ses jugements d'une teinte de malveillance. Une fréquentation assidue entre confrères réduirait ces préventions qui sont la première cause des dissentiments et des brouilles.

Banquetons plus souvent, nous ne serons plus jaloux. Dans la Fédération de défense médicale que nous rêvons de fonder, ce sera là un des points essentiels du programme intérieur : l'institution de réunions et dîners fréquents au chef-lieu de canton et d'arrondissement. Et parce que la bourse du confrère n'est pas toujours garnie, le repas n'a pas besoin d'être plantureux. Il sera bon, bien entendu; car un dîner mal préparé dispose à la méchante humeur et c'est là l'épine qu'il convient d'éviter.

N'irritons pas nos palais si nous tenons à conserver l'aménité dans nos discours. Le bifteck ne sera pas trop dur. Cuit à point, il impressionnera favorablement notre propension à la sympathie. Nous nous séparerons sur une cordiale poignée de main et en disant : A bientôt

La répétition des entrevues renforce le lien de solidarité, arrête les penchants hostiles, empêche les propos des tierces personnes et les insinuations perfides de prendre pied. A mieux se connaître, l'estime des intéressés grandit réciproque et sincère; une confiance mutuelle assure les relations; si quelque anicroche survient, on ne l'imputera pas, comme il arrive communément, à la malice du confrère. On recherchera si le public et des intermédiaires trop empressés ne sont pas les premiers coupables, et moyennant un récit inexact ou altéré à plaisir, ne doivent pas à eux seuls porter la responsabilité des paroles colportées et du grief mis en avant.

A l'heure qu'il est, isolés, éloignés les uns des autres, nous nourrissons, avouons-le, bien des petits défauts : le tempérament ombrageux, l'égoïsme, la pente à la jalousie. Nous ne lavons pas assez notre linge sale en famille, informons le public de nos petites zizanies, le prenons comme juge de nos débats

Ce sont là travers individuels et habitudes maladroites dont notre organisation morcelée est uniquement responsable. N'est-il pas grand temps que nous changions de procédé et acquérions quelques qualités collectives? A quoi bon initier le client à nos dissentiments intérieurs? Il se moque de nous. Les sentiments d'estime, de bienveillance, de solidarité, ne demandent d'autre part pas mieux que de naître. L'organisation actuelle entrave leur élan; créons donc autre chose. Un effort s'impose. Notre projet d'une Fédération médicale répond à cette nécessité.—C. F.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES CLAUDIN, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hernie inguinale bilatérale avec ectopie testiculaire extra-inguinale.

(Leçon professée le 7 décembre 1901 à la clinique Baudelocque).

par A. Broca, *Chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants-Malades). Professeur agrégé à la Faculté.*

Notre malade d'aujourd'hui est atteint d'ectopie extra-inguinale des deux testicules avec hernie concomitante, et je désire à ce propos vous expliquer ce que sont et l'ectopie et la hernie qui l'accompagne, et vous enseigner de quelles ressources chirurgicales nous disposons pour parer à ces deux lésions.

J'y tâcherai, après vous avoir montré, sur cet enfant, comment vous reconnaîtrez à la fois l'ectopie et la hernie ; mais avant d'entrer dans l'examen clinique, et pour donner un sens à cet examen, je dois vous énumérer quelques définitions relatives à l'ectopie testiculaire.

I.

A l'état normal, les deux testicules sont, à partir de la naissance au fond du scrotum ; du dehors on les y voit, en deux boules arrondies qui distendent la partie inférieure des bourses. Et si vous avez eu l'heureuse fortune de voir des statues antiques non garnies de la feuille de vigne que leur ont imposée des conservateurs pudibonds, vous savez que d'ordinaire le testicule gauche est plus bas et plus gros que le droit ; vous le savez peut-être sans avoir vu d'antiques.

Quand le testicule n'est pas à sa place il est *ectopié*, manière de traduire en grec « hors de sa place ». Ce terme ne veut pas dire autre chose, et dès lors doit être complété par un adjectif, indiquant en quel endroit anormal se trouve l'organe.

En pratique courante, une première distinction s'impose, selon que l'organe ectopié est ou non accessible à la vue ou au toucher. Lorsqu'on ne le trouve en aucune région extérieure, on dit que le sujet est *monorchide* si la lésion est unilatérale, *cryptorchide* si elle est bilatérale. Mais le mot monorchide ne signifie nullement, malgré son étymologie, que le sujet ne possède réellement qu'un seul testicule ; le terme est vicieux, sans contredit : il faudrait dire cryptorchidie unilatérale et on devrait opposer les termes suivants : d'une part, cryptorchidie unilatérale ou bilatérale ; d'autre part, anorchidie unilatérale ou bilatérale, monorchidie devant être synonyme d'anorchidie unilatérale. Dans le langage médical ordinaire, on ne s'est pas mis à l'abri de cette cause de confusion, mais au total on s'entend bien malgré la défectuosité des mots, et après vous avoir mis en garde contre l'erreur résultant d'une interprétation littérale, je vais examiner devant vous un sujet atteint d'ectopie bilatérale, mais non de cryptorchidie.

II.

Je mets le sujet, un garçon de 11 ans, debout sur la table, vous faisant face bien droit : d'un coup d'œil, vous voyez que des deux côtés le scrotum est vide, flasque et ridé. Il n'est pas rempli par la saillie sphérique des *duo testes bene pendentes* exigés par le droit romain. Votre certitude sera absolue si vous pincez entre le pouce et l'index ces bourses déshabitées : vous n'y trouverez rien, vous n'éveillerez rien qui rappelle la si spéciale « sensation testiculaire ».

Les testicules sont donc absents de leur domicile légal. Croyez-vous qu'ils doivent être très loin, inaccessibles à la vue et au toucher, comme c'est le cas chez le cryptorchide proprement dit ? A l'avance, ce ne doit pas être votre opinion, d'après l'examen physique du scrotum : car ce scrotum est vide, mais il existe, il pend sous la verge en un pli assez long ; de plus la verge, allongée par un peu de phimosis, est normalement développée. Or, la règle, quand un testicule est complètement inclus, quand il ne descend jamais dans la loge correspondante des bourses, est que cette loge s'atrophie tout à fait, et que sa peau soit trop courte pour former un pli ; quand la lésion est bilatérale, le scrotum ne se développe ni d'un côté ni de l'autre, et en outre la verge a coutume de suivre son exemple. La cryptorchidie proprement dite est donc, en général, révélée au dehors par l'atrophie des organes génitaux externes : cette atrophie n'existant pas, il est probable que les testicules ne sont pas cachés à l'intérieur. Où donc devons-nous les chercher à l'extérieur ?

Regardez à jour frisant l'enfant toujours debout, mais de profil, en vous plaçant à sa droite, puis à sa gauche. En dedans du pli de l'aine, à la racine du scrotum, apparaît à vos yeux une tuméfaction ovoïde, ayant la forme et les dimensions d'une amande, oblique en bas et en dedans. N'est-ce point là le testicule ? Certainement si : en palpant, vous allez sentir un corps lisse, assez mou, arrondi, qui sous la pression de vos doigts exercée d'avant en arrière fuit, comme pour se cacher à l'intérieur du ventre. Et si, au lieu d'appuyer dans ce sens, vous pressez de haut en bas et de dehors en dedans, le long du pli de l'aine jusqu'en haut du scrotum, vous allez faire descendre dans les bourses un testicule d'aspect normal. Cela fait, avec le pouce droit sur le côté gauche du sujet, pincez le scrotum entre l'index et le médius au dessus du testicule gauche, puis faites à droite la même expression oblique du pli de l'aine : au dessous de vos deux doigts formant pince, voici les deux boules testiculaires.

Voilà bien *testes duo* ; mais ils sont *male pen-*

Digitized by Google

dentes, car dès que vous cessez de tirer sur eux, ils abandonnent le scrotum et remontent au pli de l'aine. Le testicule droit surtout remonte vite ; et d'autre part, pendant que vous tirez également sur les deux glandes, vous sentez que celle de droite vous résiste davantage, que son cordon tendu se dessine sous la peau et met obstacle à l'abaissement complet; il est évident que le cordon spermatique est plus court à droite qu'à gauche.

Il y a donc une ectopie bilatérale: quel adjectif qualificatif doit lui être accolé pour indiquer sa variété ?

Vous savez tous que le testicule se développe primitivement dans le haut de la cavité abdominale, au devant du rein. Peu à peu il descend de là vers le pli de l'aine, guidé ou attiré par un cordon spécial, le *gubernaculum testis*, dont on ignore le mode d'action exact. Il traverse la paroi abdominale par l'oblique trajet du canal inguinal, et arrive enfin dans le scrotum. En descendant ainsi, il a allongé derrière lui l'artère spermatique, qui originairement est transversale, allant de l'aorte à lui par le chemin le plus court, et finalement devient presque verticale, de sa naissance aortique jusqu'au fond des bourses. En même temps, et forcément, le canal excréteur, c'est-à-dire le canal déférent, se réfléchit en poulie au-dessus de l'arcade de Fallope, à partir du moment où le testicule s'est engagé dans le trajet inguinal : d'où sa forme, au premier abord bizarre, en anse à concavité inférieure, avec un chef ascendant inguino-scrotal, et un chef descendant ou pelvien, ces directions étant prises à partir du testicule, c'est-à-dire dans le sens de l'excrétion du sperme. Canal déférent et artère spermatique, c'est-à-dire voie d'excrétion et pédicule vasculaire, vont dans l'aine et le scrotum de l'anneau inguinal interne au testicule, se côtoient parallèlement et constituent les éléments fondamentaux du cordon spermatique.

Cela étant, vous concevez d'abord deux grandes catégories d'ectopies testiculaires, selon que la glande s'est simplement arrêtée en un point de son trajet normal de migration, ou qu'elle s'est à un moment dirigée dans un sens anormal. Les migrations en direction anormale sont rares ; elles correspondent aux cas où le testicule s'est engagé dans le canal crural ; où, ayant franchi l'anneau inguinal externe, il a remonté au devant de l'aponévrose du grand oblique ; où enfin, bifurquant un peu plus loin sur sa route, il s'est porté en arrière, vers le périnée. Je m'en tiens à cette simple énumération des ectopies crurale, abdomino-superficielle, périnéale. Chez notre malade en particulier le testicule s'est certainement arrêté sur sa route habituelle.

Cet arrêt peut avoir lieu très haut dans le ventre; ou dans la fosse iliaque tout près de l'anneau inguinal interne ; ou enfin à une hauteur quelconque entre l'anneau externe et le fond du scrotum. D'où les noms d'ectopie abdominale, iliaque, inguinale, inguino-scrotale; c'est cette dernière variété qu'on vise quand on dit que le testicule est « à l'anneau ».

Chez notre malade, il est évident que le testicule est en *ectopie à l'anneau externe ;* et il n'est pas fixé à ce niveau, car on peut l'abaisser dans les bourses, et, d'autre part, il existe une poche scrotale capable de le recevoir. C'est presque le degré le plus léger d'ectopie, c'est presque le testicule oscillant qui habite alternativement les bourses et l'aine, dans laquelle il remonte, quelquefois avec souffrance aiguë, sous l'influence de brusques contractions du crémaster. La grande différence avec le testicule oscillant est qu'ici le testicule loge dans l'aine, et peut, par traction, être descendu dans le scrotum, tandis que le testicule oscillant loge dans les bourses et vient de lui-même dans l'aine, avec une fréquence variable.

III

Notre diagnostic est donc testicule à l'anneau externe, abaissable par traction, pouvant descendre plus bas à gauche qu'à droite. Mais cet examen des testicules ne doit pas nous suffire, et en même temps que l'ectopie nous trouvons les signes manifestes d'une hernie.

D'abord, il est évident que des deux côtés l'anneau inguinal externe est anormalement large, puisqu'il laisse avec grande facilité passer le testicule, refoulé à l'intérieur du canal inguinal par une simple pression d'avant en arrière. Et dès que le testicule a ainsi disparu, la pulpe de l'index sent une dépression large environ comme une pièce de 0 fr. 50 entre les deux piliers de l'anneau inguinal externe. Le malade étant de profil et regardé à jour frisant, disons-lui de tousser : une saillie oblique, synchrone à l'effort de toux, vient soulever le canal inguinal et apparaître à l'anneau externe. Attirons le testicule en bas, et, en le tenant entre le pouce et le médius, envoyons l'index de bas en haut, le long du cordon : ce doigt va pénétrer dans le trajet anormalement dilaté, et, si le sujet tousse, y sentira une impulsion caractéristique. Cet état existe des deux côtés.

L'interrogatoire, d'ailleurs, ne laissait guère place au doute, car, si nous ne pouvons guère ajouter foi aux renseignements pour savoir si la saillie anormale constatée par la sage-femme dans l'aine dès la naissance était le testicule seul ou accompagné d'une hernie, nous devons tenir compte de ce fait, que l'enfant ayant eu la coqueluche à 14 mois, ses bourses pendant cette maladie devinrent *énormes*, nous dit la mère, quoique depuis l'âge de 6 mois un bandage fût porté. Cette tumeur inguino-scrotale qui grossit

Digitized by Google

de la sorte pendant les quintes de toux de la coqueluche ne peut être qu'une hernie.

Au reste, même sans ce commémoratif, même si l'anneau n'était pas, comme ici, anormalement large, je vous dirais : croyez à la coexistence d'une hernie. Pour deux motifs : anatomiquement, cette coexistence est à peu près constante ; cliniquement, notre malade souffre.

L'ectopie testiculaire s'accompagne presque toujours de hernie : on n'en saurait être surpris, si l'on se souvient des relations anatomiques et pathogéniques entre la hernie inguinale oblique externe et la migration du testicule.

Le testicule, son gubernaculum, son pédicule vasculaire, son canal déférent, sont, à l'origine, des organes lombaires, rétro péritonéaux au même titre que le rein. Le péritoine pariétal qui les revêt sur leur face antérieure, leur adhère un peu, et il est attiré avec eux lorsque le testicule sort de l'abdomen pour franchir le trajet inguinal et entrer dans le scrotum. Le péritoine est ainsi étiré en un petit cul-de-sac, qui même descend très légèrement le long du gubernaculum, au-dessous du testicule qu'il précède de quelques millimètres dans sa descente. Lorsque la migration testiculaire est achevée, un canal séreux, dépendance du péritoine, se prolonge le long du cordon jusque dans les bourses, et chez l'homme ce canal péritonéo-vaginal est destiné, normalement, à s'oblitérer dans sa partie supérieure; seule, la poche péri-testiculaire persiste, formant la tunique vaginale ; toute la partie canaliculée qui à l'origine accompagne le cordon spermatique s'oblitère.

Je vous dirai un autre jour avec plus de détails quelles sont, dans leurs rapports avec les hernies, les variétés anormales de cette oblitération. Pour le moment, retenez deux anomalies principales : 1° le canal tout entier reste perméable, en sorte que la séreuse est continue depuis la grande cavité péritonéale jusqu'à la cavité vaginale ; 2° l'oblitération du canal a lieu, sur une hauteur variable, au-dessus de la tunique vaginale, en sorte que cette tunique est close et qu'au dessus d'elle, mais sans communiquer avec elle, un entonnoir séreux plus ou moins long prolonge le long du cordon spermatique la cavité séreuse abdominale.

Les hernies inguinales congénitales sont celles où, à une époque quelconque de l'existence, l'intestin ou l'épiploon s'engagent dans le sac congénitalement préparé que leur offre le canal péritonéo-vaginal anormalement ouvert. Si le sac est formé par le canal tout entier, y compris ce qui aurait dû être la tunique vaginale, la *hernie* est dite *testiculaire;* si, en bas, la vaginale close est indépendante du sac, la *hernie* est dite *funiculaire*.

Lorsqu'un testicule subit un trouble dans sa migration, il est de règle, quand il s'est une fois engagé dans la paroi abdominale, que le canal péritonéo-vaginal soit frappé en même temps d'arrêt de développement et ne s'oblitère pas. Je dirais même que c'est constant, si je m'en rapportais à mes opérations d'ectopie testiculaire : j'en ai fait plus de 200 (en mars 1899 j'en comptais 138), et j'ai toujours trouvé le canal péritonéo-vaginal anormalement ouvert ; deux fois seulement, pour des ectopies à l'anneau, l'anomalie était funiculaire, toutes les autres fois elle était testiculaire. Mais nous n'opérons guère l'ectopie que quand elle est douloureuse ou gênante, ce qui est presque toujours dû à une hernie concomitante : nous ne pouvons donc dire que l'anomalie péritonéo-vaginale soit la compagne constante de l'ectopie, mais seulement de l'ectopie causant les symptômes pour lesquels on opère. Voilà pourquoi je vous ai dit que chez notre malade, en dehors des signes physiques, la hernie était certaine : l'enfant souffre à la fin de la journée.

Quand j'emploie le mot hernie, je n'ai pas recours à un terme d'une propriété parfaite, vu que le canal péritonéo-vaginal peut parfaitement persister anormalement sans que l'intestin y descende. Mais cela ne change pas grand chose à notre conclusion pratique, car de sa persistance anormale semblent dériver les souffrances quelquefois observées quand il n'y a pas de hernie au sens propre du mot.

L'existence d'un canal séreux anormal paraît, en effet, être la condition qui, dans les cas les plus légers d'ectopie, permet au crémaster d'attirer brusquement en haut, parfois jusque dans le trajet inguinal, le testicule oscillant. Ascension brusque qui cause une crise douloureuse quelquefois fort aiguë. Et, à un degré plus grave, la mobilité exagérée d'un testicule en ectopie peut aboutir à une torsion autour du cordon spermatique, avec lésions locales conduisant à la gangrène de l'organe, avec phénomènes cliniques ressemblant à l'étranglement.

Mais je crois que la cause ordinaire des douleurs auxquelles sont exposés beaucoup de porteurs de testicule ectopié est dans une petite hernie profonde, restant dans le fond du canal inguinal, rendant souvent le malade incapable du moindre effort. Il est certain que presque toujours, quand on examine ces sujets, on leur trouve, comme nous venons de le faire aujourd'hui, un canal large où le doigt s'enfonce et reçoit le choc du sac dans les secousses de toux. En tout cas, qu'ils soient dus à une hernie ou à une mobilité anormale du testicule subissant ainsi de légères torsions, de petites contusions, ces accidents douloureux cessent, on peut dire toujours, quand on a réséqué le canal péritonéo-vaginal anormalement béant, et le résultat, à ce point de vue,

Digitized by Google

n'est aucunement en rapport avec le degré d'abaissement qu'on a pu imposer au testicule ectopié.

Ces accidents ne sont pas les seuls auxquels puisse exposer la persistance du canal péritonéo-vaginal et le clinicien doit envisager l'avenir. Quand il y a hernie, il doit savoir que les hernies testiculaires avec ectopie sont particulièrement exposées, chez l'adulte jeune, à l'étranglement, et à un étranglement particulièrement grave. En outre, la simple persistance sans hernie peut rendre très grave le pronostic d'une orchite quelconque, et spécialement de la banale orchite blennorrhagique. Jusqu'à quel point l'ectopie augmente-t-elle les chances d'orchite au cours d'une blennorrhagie ? Ce n'est peut-être pas fixé définitivement par des chiffres probants. Mais, ce qui est certain, c'est que si l'orchite se déclare, il est alors fréquent que l'infection, dont la vaginale est toujours le siège dans ces conditions, se propage facilement jusque dans la cavité abdominale : il est connu depuis longtemps que l'orchite du testicule en ectopie provoque assez souvent une symptomatologie grave, avec réaction péritonéale, capable même de simuler l'étranglement intestinal. Ces explosions de péritonite blennorrhagique sont, naturellement, banales chez la femme, et d'ordinaire elles font feu de paille : leur vivacité d'attaque est grande, mais elles s'éteignent vite. Parfois, cependant, elles sont assez violentes pour être rapidement mortelles : de même, chez l'homme, la persistance du canal péritonéo-vaginal a pu de cette façon rendre mortelle une orchite. C'est un fait, en tout état de causee, exceptionnel et qui n'est pas lié, sauf pour les ectopies intra-abdominales, à l'ectropie elle-même, mais à la malformation péritonéo-vaginale concomitante : l'association habituelle des deux lésions fait que nous devons en tenir compte dans le pronostic éloigné de l'ectopie.

Notre malade porte des testicules en situation anormale, il est atteint de deux hernies concomitantes, il commence à souffrir à la fin de la journée quand il s'est un peu fatigué : quel soulagement pouvons nous apporter à son état ?

IV

Avant de répondre à la question ainsi posée, nous devons nous demander si le testicule ectopié n'est pas susceptible, à un moment donné, d'une migration tardive qui le fasse descendre dans les bourses. Or, il en est quelquefois ainsi.

D'abord, la migration simplement retardée est fréquente chez le nouveau-né. Il est de règle que sur le fœtus à terme les testicules soient dans les bourses; mais souvent ils n'y sont pas, et, sans aucune complication, y descendent dans le cours des premières semaines. Vous ne porterez donc pas un diagnostic d'ectopie parce que le scrotum est vide à la naissance; vous aurez simplement à favoriser la descente par des massages qui, obliques en bas et en dedans, exprimeront pour ainsi dire le testicule hors du canal ; et quand il sera hors du canal, vous l'abaisserez par des séances quotidiennes de tractions ménagées.

Passé les 3 ou 4 premiers mois, ne comptez plus sur cette descente spontanée, seulement un peu retardée. A partir de ce moment, l'ectopie vraie est constituée et les chances de cure naturelle deviennent maigres. Elles existent cependant, et classiquement on leur a assigné, comme dates de fréquence maxima, les deux âges fatidiques de 7 ans et de la puberté. Je n'ai pas une foi bien solide dans l'influence du chiffre 7, mais à la puberté les migrations tardives cadrent avec le remaniement profond subi à cette époque, par tout ce qui touche, de près ou de loin, aux organes génitaux. Une modification légère peut suffire, peut-être, pour que le testicule, s'il n'est pas rendu immuable par des adhérences ou par une brièveté définitive du cordon, soit entraîné au dehors au moment d'une poussée herniaire dans le sac péritonéo-vaginal, car ces migrations secondaires sont presque toujours brusques, produites au moment où se manifeste une hernie de force ; pendant longtemps, sans doute, une petite hernie interstitielle a peu à peu glissé, préparant, par une élongation progressive du cordon, l'issue finale de la glande séminale.

C'est pour cela que, s'il n'y a pas une hernie nettement constituée, grossissant et causant des douleurs, si les testicules ne paraissent pas subir d'atrophie, il ne faut pas opérer trop tôt les ectopies, qu'elles soient légères, permettant l'abaissement du testicule, ou qu'elles soient très élevées.

Dans notre cas particulier, s'il n'y avait pas de chaque côté une hernie, si l'enfant ne souffrait pas, je n'opérerais sûrement pas; je prescrirais seulement, comme je viens de vous le dire pour le nouveau-né, des massages de la région inguinale, des tractions douces mais fréquentes sur le cordon. Je suis persuadé que de la sorte j'obtiendrais l'abaissement complet à gauche et notable à droite.

Mais il y a une hernie, et dès lors, il faut opérer : la question est de celles où l'accord entre les chirurgiens est à peu près unanime.

Il n'y a pas longtemps encore, on donnait les conseils suivants pour traiter les hernies inguinales avec ectopie :

1° Si le testicule ne peut pas, par traction, être bien isolé au-dessous de la hernie, il faut respecter cet état dans le cas où le sujet ne souffre pas, de

Digitized by Google

façon à laisser s'exercer la propulsion bienfaisante de la hernie ; dans le cas où le sujet souffre, il faut appliquer un bandage qui refoule dans le ventre à la fois le testicule et la hernie.

2° Si le testicule peut être bien isolé au-dessous du sac, il faut maintenir la hernie avec un bandage en fourche, dont la pelote excavée sur son bord inférieur prend le testicule dans sa concavité. C'est ce que, certainement, on aurait fait chez notre malade.

Ces manières d'agir sont aujourd'hui universuellement proscrites. On n'est pas en droit de laisser s'aggraver une hernie sous prétexte qu'elle pourra provoquer une descente testiculaire hypothétique ; pas davantage, de refouler pour toujours dans le ventre un testicule que la chirurgie moderne permet d'en sortir. D'autant mieux que ces contentions sont souvent médiocres, car l'anneau est large, le testicule supporte mal la pression ; et on reconnaissait, dans les livres classiques, il y a une quinzaine d'années, que, malgré le bandage, ces sujets étaient souvent des infirmes, incapables d'un travail physique sérieux. Quant au bandage en fourche, lui aussi causait bien des ennuis, par sa difficulté d'ajustement, par la tendance du testicule à remonter contre lui et à s'y comprimer douloureusement, par la tendance de la hernie, mal maintenue, à filer sous la pelote.

Aussi le précepte moderne est-il de soumettre à la cure radicale, opération efficace et bénigne, toutes les hernies avec ectopie. Je n'ai pas aujourd'hui à vous expliquer ce que ces hernies sont au point de vue anatomique, à vous décrire le manuel opératoire : ce sera pour une autre fois. Mais il faut que je vous dise quelle doit être la conduite du chirurgien vis-à-vis du testicule ectopié.

V

La cure radicale des hernies par opération sanglante est une fort vieille chose, et, au moyen-âge en particulier, elle était pratiquée dans les campagnes par des empiriques ambulants, qui, de parti pris, châtraient le sujet pour opérer sa hernie, castration qui, d'ailleurs, était conseillée par les chirurgiens réguliers, depuis Paul d'Egine jusqu'à Guy de Chauliac. Contre cette castration réagissaient de leur mieux A. Paré, Franco, Fabrice de Hilden et quand, grâce à l'antisepsie, la cure radicale des hernies reprit droit de cité dans la chirurgie moderne, la castration ne fut plus érigée en principe par personne. Elle ne fut plus admise que pour les cas où on déclarait impossible sans elle la dissection complète du sac : les hernies testiculaires et surtout les hernies avec ectopie.

Peu à peu, nous avons appris à réussir l'isolement du sac, sans castration, dans les cas les plus complexes ; et la castration pour ectopie à son tour a été fortement combattue, à partir du jour où on a montré la possibilité d'attirer dans les bourses le testicule anormalement détenu dans le canal inguinal, voire dans l'abdomen.

Le principe de ces descentes artificielles du testicule ectopié consiste à isoler complètement, jusque dans le ventre, le canal péritonéo-vaginal. Ce faisant, on libère la vaginale et le cordon — artère spermatique et canal déférent — des adhérences qui les fixent, on loge le testicule, pendant au bout du cordon, dans le scrotum, que du doigt on a effondré pour y creuser une poche, et on suture solidement la paroi abdominale comme après toute cure radicale de hernie.

Mais le testicule ne tient pas volontiers dans la loge scrotale qu'on lui a préparée. Le cordon est court, et le testicule tend à remonter. Aussi a-t-on cherché, au début, à le fixer en place. La première idée a été de le suturer par un fil de soie au fond du scrotum : et l'on a constaté que cette peau pendante n'offrait pas un point d'appui sérieux; le testicule a remonté ni plus ni moins, attirant avec lui tout le scrotum déprimé en entonnoir. Wattson Cheyne, puis Tuffier, ont tenté de passer le fil au dehors, en perforant le scrotum, pour l'attacher à une armature métallique extérieure permettant d'exercer une traction sur le testicule : à plusieurs reprises, ce passage au dehors a été l'origine de suppurations locales, qui même ont causé quelques gangrènes du testicule ; et même après évolution asep tique, dès que le fil a été coupé, l'ascension a eu lieu comme si de rien n'était.

C'est qu'il est impossible de trouver dans cette région un point d'appui solide, et depuis que j'opère des hernies inguinales, c'est-à-dire depuis 1890, j'ai toujours pensé que les tentatives d'orchidopexie étaient une complication inutile de la descente artificielle. Toujours je m'en suis tenu à la suture exacte du canal inguinal, en prolongeant cette suture à la racine du scrotum sur le cordon tendu le plus possible. Et, cela fait, j'ai toujours eu la notion qu'il y a deux variétés de cas :

Les cordons longs, qui permettent au testicule de rester abaissé ;

Les cordons courts, contre l'action desquels nous sommes impuissants, pour empêcher la réascension du testicule.

Presque tous les auteurs, je crois, sont arrivés aujourd'hui à cette conclusion ; je tiens à vous dire que depuis douze ans elle est la mienne.

Ainsi, il y a des cordons courts qui mettent à l'abaissement un obstacle absolu. Le testicule remonte contre le pubis et souvent s'y atrophie. Aussi quelques rares chirurgiens prétendent-ils que

Digitized by Google

toutes les tentatives dirigées contre l'ectopie testiculaire sont vaines, que le seul traitement convenable est la castration.

Leur argumentation est que le testicule ectopique est un organe frappé de déchéance, voué à l'atrophie, incapable de secréter des spermatozoïdes. Non seulement il est inutile, mais il est nuisible, car les statistiques prouvent qu'il est un point d'appel relativement fréquent pour les tumeurs malignes. Il est donc ridicule de conserver une glande dont le chirurgien ne peut songer à modifier la structure qu'il ne peut maintenir abaissée, qui s'atrophiera souvent, souvent aussi sera l'origine de douleurs névralgiques.

Les douleurs sont possibles : j'ai dû châtrer consécutivement, pour ce motif, un de mes opérés, et je connais un fait semblable de mon ami Gérard Marchant. C'est donc une éventualité rare, beaucoup trop rare pour entrer en ligne de compte dans nos déterminations opératoires.

L'atrophie ultérieure est incontestablement à craindre. En mars 1899 j'ai communiqué à la Société de Pédiatrie les résultats obtenus par moi dans 138 cas, sur 115 sujets, et j'avais fait revoir, par mon élève et ami le Dr Bonnet, 62 enfants porteurs de 79 testicules opérés depuis plus d'un an. Aucun n'a vu récidiver sa hernie : 31 fois le résultat, au point de vue du testicule, est *parfait*, c'est-à-dire qu'il est impossible de dire si la hernie s'accompagnait ou non d'atrophie ; 35 fois le testicule est haut situé, mais sans aucune douleur ; 13 fois enfin le testicule s'est atrophié secondairement, et il y a même des cas où la palpation n'en révèle aucune trace.

Je ne vois pas ce que ces 13 malades ont perdu à l'essai de conservation, je vois bien ce qu'ont gagné les autres. Je veux bien que les testicules remontés dans le haut du scrotum soient stériles ; cela est au moins probable ; mais l'inverse est probable pour ceux qui, souples et gros, pendent normaux dans les bourses. Et même si c'était vrai, je conclurais contre la castration.

Dans les fonctions génitales de l'homme, il faut distinguer deux choses : la puissance au coït, la capacité reproductrice. Livrés à eux-mêmes, les testicules ectopiés sont stériles, c'est-à-dire privés de spermatogènes ; et si la lésion est bilatérale, la reproduction est interdite. Mais il ne s'ensuit nullement que la puissance n'existe pas : en clientèle n'oubliez pas la possibilité de cette dissociation, sans quoi vous seriez exposés à des ennuis. Lucas Championnière a observé dans le service de mon père un cryptorchide père de 3 enfants légitimes en mariage, alors que son sperme — vous voyez qu'il pouvait en procurer — fut trouvé par Nepveu privé de spermatozoïdes ; et puisque nous avons déjà rappelé aujourd'hui un aphorisme de droit romain, retenez-en un autre, *is pater est quem nuptiæ demonstrant*, pour ne point commettre de bévues.

C'est donc indépendamment de la spermatogénèse, peut-être par une de ces sécrétions internes dont nous commençons à peine à entrevoir le rôle, que la glande génitale éveille le désir sexuel et la possibilité d'y satisfaire. Et cette puissance a, sur l'homme tout entier, physique et intellectuel, une influence capitale. Il y a certainement des cryptorchides aussi infantiles, aussi atrophiés que des castrats, mais beaucoup d'autres n'en sont pas là ; ils peuvent se croire semblables aux autres hommes, et gardez-vous de les détromper, car on en a vu qui se sont suicidés le jour où ils ont été au courant de leur situation réelle. C'est pour cela que, en pathologie testiculaire, les chirurgiens s'ingénient, quand il faut opérer, à conserver au malade au moins une apparence de testicule, un « testicule moral », comme on dit, faute de l'idéal testicule « immoral ».

Il m'est donc impossible de concéder que le testicule ectopié mérite la castration parce qu'il est stérile. Je suis fermement convaincu que, quand nous opérons une hernie avec ectopie, nous devons conserver la glande, ce qui est toujours possible. Nous sommes incapables de prédire, d'après l'examen clinique, quel sera le résultat anatomique ; j'ai vu des testicules inguinaux, introuvés à la palpation, qui sont restés très bien en bas ; j'en ai vu qui, abaissables comme ceux de notre enfant actuel, ont remonté malgré tout contre le pubis. C'est seulement au cours de l'opération qu'on se rend compte de la longueur du cordon, de la traction ascensionnelle qu'il exerce. Mais sur mes opérés, au total, 31 ont tiré de l'opération un résultat complet ; les autres, à supposer qu'ils n'aient rien gagné, ce que je conteste pour 35 d'entre eux, n'ont perdu que l'infime chance d'un cancer ultérieur ; un seul, souffrant encore, a dû être châtré secondairement.

Allez ! et quoi qu'on prétende, écoutez, même pour les hernies avec ectopie, écoutez le précepte du vieux A. Paré, et ne vous hâtez pas « d'oster les couillons aux pauvres garçons ». Ces organes, dit le même auteur, mettent la paix dans le ménage.

THÉRAPEUTIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Traitement des conjonctivites granuleuses par la médication iodée

Par le Dr B. Melconian

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Beyrouth

Sans contredit, parmi les conjonctivites chroniques, la conjonctivite granuleuse est une des plus tenaces et des plus réfractaires aux nombreux trai-

Digitized by Google

tements dirigés contre elle. Pratiquement, n'importe quel médicament, même l'eau stérilisée tiède, est capable de modifier profondément les trachomes. Mais ce qui est désespérant, c'est la rapidité avec laquelle, après cette facile amélioration, se produisent de nouvelles poussées inflammatoires et s'accumulent de nouvelles granulations.

Peut-être ceci est-il dû aussi à l'empressement qu'on met à suspendre ou à modérer le traitement préconisé, séduit pour ainsi dire par le succès du début.

Dans tous les cas, l'observation attentive des faits démontre que le succès dépend avant tout de la constance à poursuivre un même traitement, avec discernement bien entendu, mais malgré les modifications en bon ou les poussées inflammatoires. C'est à cette condition qu'on parviendra à réduire radicalement les granulations et à en arrêter la tenace reproduction.

En mettant de côté les interventions sanglantes qui, au fond, semble-t-il, ne parviennent pas non plus à empêcher les récidives, beaucoup d'antiseptiques et de modifiants sont utilisés dans ce but et souvent avec succès entre les mains plutôt des spécialistes.

Parmi ces antiseptiques et modifiants, il y en a un qui pour être peu employé dans la thérapeutique oculaire et peut-être même inconnu de beaucoup, n'en constitue pas moins un des plus puissants réducteurs de trachomes, sur lequel je voudrais attirer l'attention du praticien. C'est l'iode métallique, dont l'emploi est bien simple. La solution utilisée a pour véhicule l'huile de vaseline ou la vaseline liquide ; et la dose habituelle est la suivante :

Iode métallique.....	0 gr. 05 cent.
Vaseline liquide.....	10 grammes.

Usage externe.

Cette solution peut cependant être modifiée selon les cas. Ainsi quand les granulations sont jeunes et récentes ou que l'on a affaire à des yeux délicats ou plus rarement à des sujets dans un âge tendre, on peut diminuer la dose et on se trouve bien de la solution suivante :

Iode métallique.....	0 gr. 05
Vaseline liquide.....	15 ou 20 gr.

Rarement on aura recours à la solution 1 0/0 qui est trop irritante. Par contre dans les granulations aiguës ou subaiguës, la solution à 1 pour 400 arrête la marche du mal.

Le médecin tâtera donc la susceptibilité des yeux qu'on lui confie et tiendra compte, au risque de voir se produire une forte irritation pouvant durer huit à dix jours, des médications précédentes.

L'emploi du topique se fait de la façon suivante. Après avoir bien savonné les mains, on nettoie les yeux du malade avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'acide borique ordinaire. Puis on retourne délicatement les paupières qu'on confie à la main gauche. Le flacon du médicament étant tout près, on en emprègne la pulpe du pouce de la main libre en l'appliquant sur l'embouchure et renversant le flacon sur le doigt. On frotte à plusieurs reprises les granulations avec le doigt chargé de la solution iodée, et on referme les paupières.

De cette friction le malade ressent une légère cuisson, souvent une démangeaison agréable. Il est bon de lui enjoindre de tenir les paupières fermées pendant cinq à dix minutes, et, ensuite, de les préserver de poussières et d'une trop grande lumière.

Pour cette application, aucun autre instrument n'est nécessaire ; et un doigt délicat et exercé doit être préféré à tout autre moyen, car non-seulement le médicament est mieux appliqué, mais il se fait avec le doigt une sorte de massage des trachomes qui permet à la solution d'être mieux absorbée. Je le préfère encore, parce qu'on sait que les granulations les plus tenaces et les plus récalcitrantes, le foyer des récidives, en un mot, se trouve au fond du cul-de-sac palpébral et ce n'est qu'avec le doigt seul qu'on y peut bien appliquer le modifiant. Pour la même raison encore le médicament sera mieux appliqué par un médecin que par toute autre personne.

Ce topique est employé de cette façon matin et soir, et au milieu de la journée on en instille deux gouttes dans chaque œil, comme un collyre ; instillation qu'on fait suivre d'un léger massage extérieur des paupières pour que la solution puisse bien agir partout et surtout au niveau des culs-de-sac. Pour commencer ou pour des yeux délicats et récemment atteints on peut n'employer qu'une fois par jour le massage pendant quelques jours pour ne pas surprendre les tissus.

En général, le médicament est très bien toléré, et rien n'empêche le malade de vaquer à ses occupations quotidiennes, tout en ménageant ses yeux, bien entendu. Immédiatement après l'application l'œil devient rouge, il y a larmoiement et le malade évite la lumière. Tout se dissipe au bout d'une demi-heure à une heure. Mais dans quelques cas la réaction est si vive que la rougeur et l'irritation persistent jusqu'à huit à dix jours. Ces cas précisément demandent plus d'attention de la part du praticien qui se trouvera bien de commencer le traitement par la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre à 1 0/0.

Ces particularités une fois connues, le traitement doit continuer ainsi jusqu'à ce que le pannus disparaisse et que les paupières retrouvent leur souplesse et leur minceur normales, et, ainsi rajeunies, qu'elles puissent se redresser comme à l'état normal,

Digitized by Google

au lieu de rester pendantes et bouffies comme sont les paupières granuleuses.

Tant que ces résultats ne sont pas obtenus, le temps de cesser le traitement n'est pas arrivé. Je ne le garantis pas : cela peut durer de deux à cinq, six mois. Mais la guérison sera définitive, comme on peut se convaincre par l'observation que je vais rapporter, choisie parmi les nombreux cas recueillis dans le service de mon maître, le professeur Hache, ou dans la clientèle privée.

Observation. — Le sujet en question est un jeune homme, S. D., dont les yeux étaient si profondément altérés qu'il venait de bien loin exprès pour se faire soigner. Quand je l'ai vu, ses paupières farcies de granulations et considérablement épaissies ne se relevaient plus ayant perdu toute souplesse et toute mobilité. Quant à la cornée, l'existence d'un épais pannus obscurcissait tellement la vue que le jeune homme était obligé d'interrompre toute étude.

Cet état durait depuis deux à trois ans et la maladie depuis l'enfance. Toute espèce de collyres secs et liquides avaient été employés sans aucun profit. L'enfant se présentait pour être opéré ou plus exactement pour être *brossé*.

Je lui conseillai la solution iodée et lui continuai ce traitement moi-même durant trois mois en faisant deux bons badigeonnages et une instillation par jour. Après les quinze premiers jours, les paupières devinrent plus souples, le pannus se modifia. Mais quelques jours après de nouvelles poussées inflammatoires me firent perdre ce que j'avais gagné. Je ne me décourageai pas et je continuai néanmoins le traitement trois mois sans cesser un seul jour. Au bout de ce temps, le résultat incomplet encore, était plus que satisfaisant. Le pannus avait totalement disparu, la cornée était redevenue brillante et lisse, les paupières étaient souples et se redressaient maintenant convenablement. Mais dans le cul-de-sac conjonctival on pouvait voir encore des granulations. Je remis alors le traitement aux parents du malade qui le lui continuèrent encore deux mois en attaquant surtout les culs-de-sacs, selon mon indication. Puis ils firent faire une pause et reprirent la médication un an en l'employant un mois sur trois.

Actuellement, ce jeune homme fait ses études de pharmacie dans notre Faculté, après avoir terminé ses études de français, lui qui ne pouvait faire aucun effort oculaire. Il y a près de trois ans qu'il n'emploie aucun médicament.

Comme nous, les praticiens peuvent expérimenter, essayer et se convaincre de la supériorité de ce traitement sur les autres et même sur celui d'entre eux qui semble avoir conquis la sympathie universelle : je veux parler du sulfate de cuivre qui peut être employé *des années* sans amener de vraies guérisons (Pr Hache).

L'iode, en effet, guérit en déracinant, en réduisant les granulations *sans jamais amener de cicatrice* : voilà le précieux avantage, après bien d'autres, que ne donnent presque jamais les autres modifiants en honneur. Le sulfate de cuivre guérit au contraire, en cautérisant les granulations et par suite en raccornissant la conjonctive. De même, au lieu de durcir, de raccourcir pour ainsi dire la muqueuse palpébrale et de lui faire perdre, comme le sel cuprique, ses caractères de membrane délicate autant que mince, l'usage prolongé de l'iode lui rend sa souplesse, son soyeux, sa mobilité et sa coloration rose normale.

Avant de finir, il me semble important d'insister sur un point de diagnostic qui prête beaucoup à l'erreur. Bien souvent et bien facilement les granulations vraies sont confondues avec les hypertrophies papillaires qui accompagnent toutes les conjonctivités chroniques, les granuleuses comme les autres, et qui guérissent bien plus facilement. Je rappellerai que les granulations vraies *sont transparentes et d'apparence vésiculaire*. Voilà leurs caractères pathognomoniques. Elles se présentent sous forme de taches blanchâtres et rondes.

Tandis que les hypertrophies papillaires sont des saillies opaques, vascularisées et à reflet plutôt couleur chair. Il faut donc chercher les granulations et les bien reconnaître avant d'instituer le traitement que je viens d'exposer.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques. — La thérapeutique est presque désarmée contre les arthrites du rhumatisme chroniques, et tous les traitements employés sont à peu près sans action.

Se fondant sur la nature infectieuse probable de ces arthrites, M. de Gorsse a songé à employer les injections sous-cutanées mercurielles pour réaliser, autant que faire se peut, l'antisepsie sanguine. Les meilleurs résultats lui ont été donnés par les injections répétées du calomel. Il a obtenu ainsi : une disparition ou une diminution de l'impotence fonctionnelle, des douleurs, de l'hydarthrose et des lésions péri-articulaires. — E. L. M.

Le tannigène dans les diarrhées. — Le tannigène, ou acétyltannin, expérimenté d'abord par Meyer (de Marburg), par Moncorvo, en France par Comby, Mathieu, a fait l'objet de la thèse récente de P. Coulloch (1901), qui le considère comme un médicament très utile dans les diarrhées.

Chez les enfants, il est, associé à la diète hydrique, un médicament de choix parce qu'il est facilement absorbé, qu'il ne produit aucun trouble gastrique, et agit avec rapidité. Chez les adultes, il paraît efficace dans les diarrhées de diverses origines ; il a donné quelques succès dans les diarrhées des tuberculeux. Sa décomposition s'opérant lentement dans l'intestin, il peut être très utile dans les affections du gros intestin.

Le meilleur moment pour l'ingestion est quelque temps après le repas, au moment où l'acidité de l'estomac est à son maximum. L'administration du tannigène doit se continuer quelques jours après la cessation de la diarrhée. Les doses varient de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 pour les enfants au-dessous d'un an ; au-dessus de cet âge, on donne 0 gr. 60 à 1 gr. ; pour les adultes la dose est de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour. — E. L. M.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le poids des tuberculeux curables. — De tout temps les individus atteints de tuberculose pulmonaire, aussi bien que les médecins appelés à leur donner leurs soins, se sont intéressés aux modifications du poids qui semble marcher de pair avec l'évolution de l'affection pulmonaire. Maintenant que la cure hygiéno-diététique est systématiquement appliquée dans les sanatoria du monde entier, la balance est devenue un objet de première nécessité presque aussi utile que le thermomètre. De tous côtés se sont publiés d'intéressants travaux sur cette question, parmi lesquels : en Allemagne un opuscule de Wolff (1898) sur « Les variations du poids de la tuberculose curable » ; en France, plusieurs communications de M. Letulle, l' « Essai de cure libre en Normandie » de M. Brunoy, et le travail récent de M. Cosset (*Th. de Paris*, 1901).

Pour tirer quelques conclusions des recherches entreprises, il importe d'abord de n'apporter aucune cause d'erreur dans la manière de faire les pesées : régulièrement tous les huit jours, à la même heure, les réservoirs vésical et rectal étant vidés, le corps recouvert des mêmes vêtements; ensuite pour avoir des résultats comparables et probants n'avoir en vue que des tuberculeux curables, c'est-à-dire (étant donnée la rareté d'arrêt de la tuberculose chronique au premier ou au second degré) des tuberculeux à la période de germination et de conglomération.

Ces deux conditions étant obtenues, le premier soin du médecin sera de fixer le degré d'amaigrissement du malade par la différence entre le chiffre de la pesée actuelle et le chiffre qu'il devrait avoir jugé approximativement par la mensuration de la hauteur de la circonférence du thorax et de l abdomen, par le chiffre et la date de la dernière pesée; tout en ayant comme point de contrôle le degré de diminution de la graisse obtenu par la constatation du rapport des téguments aux plans profonds. Cependant s'il est intéressant de noter la quantité de kilogrammes acquise à la fin du traitement, il est encore plus important de connaître la façon dont se fait cette augmentation de poids.

Voici quel est le schéma de cette courbe de poids:

1° Le sujet, au début de la cure, engraisse volontiers de 1 à 2 kilogrammes les 15 premiers jours, et comme le dit M. Lalesque : « au début, les premières pesées hebdomadaires signalent des augmentations de poids supérieures à celles des pesées ultérieures. »

2° La période suivante est marquée par une moyenne d'augmentation hebdomadaire qui varie un peu suivant les auteurs : 360 grammes pour Cosset au sanatorium de Feydey-sur-Leysin ; 125 à 140 grammes pour Turban de Davos, alors que Meissen de Hohenhonnef donne comme moyenne 467 grammes.

3° Vers le quatrième mois, il est très fréquent de voir la courbe rester stationnaire en plateau.

4° Enfin il est rare que les malades gardent à leur sortie le plus haut poids qu'ils aient atteint dans l'établissement, aussi remarque-t-on en général une légère diminution vers le 7e ou 8e mois.

Il faut remarquer aussi la grande sensibilité du poids à la moindre modification du régime, *la moindre complication provoquant en un temps très court une baisse très notable.* Une très légère influence, même purement morale, retentit tout de suite sur la courbe de poids puisqu'on a été jusqu'à constater qu'un décès survenu dans l'établissement provoquait une diminution dans la moyenne d'augmentation.

Quelle est la valeur pronostique de la courbe des poids au point de vue de la lésion pulmonaire? — Prenons les deux thèmes opposés.

Peut-on guérir physiquement sans engraisser? Peut on voir des malades dont le poids augmente à mesure que la phtisie progresse et que la mort surprend alors qu'ils ont subi un véritable engraissement? — Tout d'abord on peut affirmer qu'il n'y a pas d'exemple de tuberculeux pulmonaires guérissant sans engraisser, quoiqu'il existe certains individus guérissant sans une augmentation de poids très notable. — En second lieu il faut bien admettre qu'il existe des arthritiques qui, en devenant phtisiques, conservent leur embonpoint et ont une tendance remarquable à augmenter rapidement de poids sous l'influence du traitement.

Dans la plus grande majorité des cas on voit le poids augmenter et les lésions physiques se guérir, mais contrairement à ce que peuvent penser les malades et leur entourage, les lésions physiques ne rétrocèdent que lentement au bout de plusieurs années. — L'embonpoint reparaît d'abord sans que la guérison locale ait fait un pas. D'ordinaire même le médecin assiste pendant les premiers mois à ce paradoxe thérapeutique : l'état général s'améliore et l'état local s'aggrave. Ce n'est que longtemps après le retour des forces que les lésions pulmonaires s'arrêtent d'abord et enfin rétrocèdent lentement.

Aussi, pour conclure, pourrions nous dire avec Gaucher : « Quand la tuberculose a causé des lésions

Digitized by Google

« pulmonaires représentées par les signes classiques « de la première période, elle exige un traitement « long et monotone. Donc pour guérir, il faut avant « toutes choses, le vouloir, le vouloir bien, le vou- « loir longtemps, » et ajouter avec Marfan : « La « balance ne fait pas le pronostic, mais elle a néan- « moins une importance considérable pour contrô- « ler les résultats obtenus. » — R. B.

MÉDECINE MENTALE

La staso-basophobie. — C'est un syndrome caractérisé par l'impossibilité systématique de marcher et de se tenir debout, uniquement provoquée par l'idée émotive de l'impossibilité de cette double fonction.

Prenons un cas type : la forme pure, variété continue. Il existe deux sortes de symptômes : les symptômes psychiques et les symptômes physiques, les premiers précédant logiquement les seconds. Les symptômes psychiques consistent : d'abord, dans l'idée fixe et obsédante de l'impotence des membres inférieurs, cette idée étant toujours accompagnée de peur et d'angoisse, avec l'état mental de l'anxiété et le sentiment de défaillance, ensuite dans le retentissement de cette angoisse dans le domaine organique, d'où : alternative de pâleur et de rougeur, tremblements, sueurs, accélération du pouls et de la respiration. Les symptômes physiques consistent dans une impossibilité plus ou moins grande de la marche et de la station debout, aboutissant à une démarche soit paralytique, soit spasmodique, soit ataxique, soit mixte ou complète et contrastant avec l'intégrité sensitivo-motrice de l'appareil locomoteur. Tel est ce cas type dont le début parfois brusque, le plus souvent lent et progressif s'annonce quelquefois par des accès d'agoraphobie, qui cessent quand la staso-basophobie est à son stade d'état. La durée du syndrome est longue puisqu'elle peut se prolonger plusieurs années. La guérison se fait d'une façon lente et progressive, entrecoupée des mêmes accès d'agoraphobie, mais ne survenant qu'à intervalles de plus en plus espacés.

A côté de la staso-basophobie forme pure continue, il faut placer deux autres variétés qui sont loin d'être rares : la variété par accès et la variété asssociée (association avec le tabes, l'hémiplégie organique, la sclérose en plaques, etc.)

L'étiologie de la staso basophobie reconnaît deux grands chefs : la prédisposition héréditaire ou acquise se traduisant (le plus souvent vers 50 ans) par la déséquilibration de l'émotivité ; la cause occasionnelle représentée par une affection ou un accident intéressant l'appareil locomoteur, qui désigne cet appareil à l'attention plus ou moins consciente du sujet, organise le syndrôme et le spécifie dans sa nature et son siège.

La pathogénie est la suivante pour M. Paul Delarue qui a fait (*Thèse, Paris* 1901) la critique des diverses opinions émises à ce sujet : La staso-basophobie ne reconnaît pas le même mécanisme que l'astasie-abasie hystérique qui est une amnésie systématisée des mouvements de la marche consécutive au rétrécissement du champ de la conscience et ne s'accompagnant d'aucun trouble émotif. Elle est au contraire un de ces troubles psychiques qui caractérisent cliniquement la mentalité des dégénérés et dont le mécanisme relève d'un état anormal de l'émotivité continuellement exagérée et instable dans son équilibre.

Le diagnostic doit être fait d'avec un certain nombre d'affections du système nerveux : Les symptômes primordiaux de la staso-basophobie sont : 1° l'impossibilité de la station debout et de la marche ; 2° l'idée du malade qu'il ne peut ni marcher ni se tenir debout ; 3° la peur, l'angoisse morale qui accompagnent cette idée ; 4° les phénomènes organiques corrélatifs : pâleur, rougeur, sueurs, tremblement, dyspnée, accélération du pouls.

La paraplégie se reconnaît aisément par la recherche de la motilité au lit.

L'astasie-abasie est un syndrôme psychique qui ne s'accompagne d'aucune idée phobique. C'est une amnésie hystérique de la marche qui semble du reste ne pas inquiéter beaucoup le malade.

L'astasie-abasie généralisée provenant de troubles intellectuels plus généraux se reconnaît à la cause provocatrice (puerpéralité v. g.).

L'akinésie douloureuse est une immobilisation volontaire des membres dont le mouvement provoque la douleur.

L'asthénie neuro-musculaire est une immobilisation volontaire des membres par crainte d'une douleur qui n'existe pas, ou tout au moins est extrêmement faible.

La variété par accès de la staso-basophobie sera distinguée de l'astasie-abasie par accès, de la dysbasie aboulique, de la crampe des marcheurs, de la claudication intermittente, de la méralgie paresthésique, de la maladie de Thomsen.

Le type spasmodique ne sera pas confondu avec les diverses variétés de paraplégie spasmodique, la maladie de Friedreich.

Le type ataxique sera distingué du tabes, de l'ataxie cérébelleuse, de l'ataxie hystérique.

Enfin dans la basophobie associée à une lésion organique de l'appareil locomoteur, il faudra bien faire le départ de la lésion organique et de la phobie superposée.

Digitized by Google

Le pronostic, jamais grave quant à la vie, doit toujours être réservé en raison de la longue durée possible de l'affection.

Le traitement physique consistera dans la rééducation méthodique des mouvements avec le concours de l'hydrothérapie, de l'électrothérapie, du massage. de la suspension ; le traitement psychique dans les suggestions répétées à l'état de veille et au bescin à l'état hynoptique. Il faudra faire dériver l'attention du malade sur un autre sujet et même, s'il y a lieu, recourir à l'isolement. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'hallux valgus. — C'est un état pathologique caractérisé par la déviation en dehors du gros orteil. Il passe ordinairement sous les deuxième et troisième orteils prenant la forme « en marteau ; il peut comprimer le quatrième et même le cinquième orteils qui prennent l'aspect « en radis, en massue, en battant de cloche. »

Les lésions osseuses sont les suivantes : augmentation de volume très marquée de la tête du métatarsien, dont la partie externe est seule restée articulaire en contact avec la phalange dont la partie interne est libre et dépourvue de cartillage. L'os lui-même a subi des changements de direction, son extrémité antérieure se déplaçant en dedans d'une quantité mesurée par « l'angle d'écartement » d'avec le 2e métatarsien, sa face supérieure tendant à devenir interne. La phalange, outre son déplacement typique, peut quelquefois présenter une sorte d'exostose de son extrémité interne. Les sésamoïdes suivent la phalange : l'interne se place en avant du métatarsien, l'externe s'insinue comme un coin entre le premier métatarsien et le second. On comprend que dans cette place il s'oppose à ce que l'on puisse ramener le premier métatarsien dans une bonne position.

Les lésions articulaires sont les suivantes : articulation relâchée ; ligament latéral interne tendu, aminci, étiré ; ligament latéral externe épais, revenu sur lui-même. Le déplacement du premier métatarsien ne pouvant s'opérer sans un allongement remarquable du ligament transverse, il se produit un élargissement de la partie antérieure du pied. Celui-ci, du reste, s'effondre fréquemment, la voûte plantaire disparaît et l'on se trouve en présence d'un véritable pied plat compliquant l'hallux valgus.

Quant aux muscles, par suite de la déviation de la phalange, ils tendent tous à devenir des abducteurs. Ce fait est surtout marqué pour les muscles dorsaux.

Le tissu cellulaire et la peau ne sont pas sans subir d'importantes modifications : il se forme sur la saillie de la tête métatarsienne une bourse séreuse qui s'enflamme souvent par suite de frottements, d'où la formation d'un hygroma qui peut suppurer, se fistuliser à travers les téguments épaissis (oignon) et laisser à sa suite des lésions chroniques qui peuvent atteindre l'articulation ou les os.

La pathogénie de cette affection a divisé les auteurs ; nombre de théories ont été émises ainsi cataloguées par P. Renouard (*Thèse Paris*, 1901) : mécanique (influence de la chaussure) ; musculaire paralysie ou contracture) ; ligamentaire ; ostéo-articulaire ; anatomique ; diathésique (arthritique) ; nerveuse.

Tous les cas ne relèvent pas de la même pathogénie ; il semble cependant qu'il faille placer en première ligne : l'influence de la chaussure et l'influence du terrain (arthrite chronique).

L'hallux valgus est loin d'être rare, il se développe chez des gens qui ont, en général, dépassé la quarantaine, il évolue lentement et peut aboutir par la douleur à condamner le malade à garder continuellement le lit. Cette terminaison, la possibilité de complications diverses (hygroma, lymphangite, arthrite, ostéite, onyxis, durillon de la face interne du deuxième orteil) indiquent la nécessité d'une thérapeutique bien conduite.

Le traitement préventif consiste dans le port de bonnes chaussures, c'est-à-dire de chaussures à talon peu élevé, à bout arrondi et non pointu et mesurant 1 centimètre de plus que la longueur normale du pied dont le bord interne s'allonge sensiblement pendant la marche.

Le traitement curateur est 1° orthopédique ; 2° sanglant.

1° Orthopédique : appareils à point d'appui externe tel le tampon de feutre entre les deux premiers orteils; appareils à point d'appui interne, tels : le bandage en diachylon qui s'enroule d'arrière en avant sur l'orteil, et, arrivé à son extrémité antérieure, se recourbe et se porte vers le bord interne du pied pour se fixer à son arrière ; le tuteur en diachylon, de l'extrémité antérieure duquel part un fil se fixant sur le bord interne de la chaussure ; l'appareil plâtré après redressement.

2° Si l'on est forcé d'intervenir, le couteau à la main, il faudra, abandonnant les opérations sur les parties molles, s'attaquer uniquement au squelette. La meilleure méthode des opérations partielles est la résection du col métatarsien, encore appelée : ostéotomie cunéiforme. Elle consiste à faire sur la face dorsale du premier métatarsien, à un centimètre en dedans du tendon extenseur propre, une incision plus ou moins longue, par laquelle on sectionnera, puis

Digitized by Google

décollera le périoste, pour laisser à nu sur l'exostose proprement dite, un coin osseux, à sommet externe, que le ciseau actionné par le maillet fera sauter. On peut aussi, avec Mauclaire, reséquer l'extrémité postérieure de la première phalange, ce qui n'empêche nullement de niveler l'exostose et de supprimer la bourse séreuse.

L'amputation et la désarticulation seront réservés pour les cas extrêmes avec trajet fistuleux, arthrite suppurée, carie des os, etc. — R. B.

CLINIQUE MÉDICALE

Les dépôts uratiques des urines. — Dans l'étude de la gravelle on trouve des concrétions formées tantôt par de l'acide urique, tantôt par de l'urate de soude. Sur 30 cas pris au hasard, Klemperer nota 16 fois de l'acide urique, 14 fois de l'urate. Il ne suffit pas d'ajouter de l'alcali végétal à l'alimentation pour transformer l'acide urique du sujet en urates ; malgré l'addition de fruits et de légumes, le sujet continue à éliminer de l'acide urique. En cherchant les causes de ce fait, Klemperer pensa au rôle de l'acide carbonique ; il se posa les deux questions suivantes ;

1° Quelle est l'influence de l'acide carbonique sur la solubilité de l'acide urique et des urates ;

2° Quelle est la quantité d'acide carbonique absorbée par l'urine dans différents régimes ?

Il constata que l'acide urique précipitait sous l'influence de l'acide carbonique, tandis que l'urate acide de soude devenait plus soluble en sa présence.

Nous ne pouvons pas entrer daus le détail des méthodes employées pour la solution de la seconde question, mais les résultats prouvent de la façon la plus nette que l'acide carbonique passe du sang dans les urines, soit qu'il soit absorbé dans la boisson — eau de Carlsbad, de Fackingen, siphon, bière — soit comme bicarbonate de soude, soit enfin qu'il soit produit par l'exercice.

Même quand l'urine est alcaline, on y trouve l'acide carbonique. Mais l'alimentation végétarienne ne l'augmente pas considérablement : les fruits et les légumes contiennent des acides végétaux qui donnent de l'acide carbonique à l'oxydation ; mais la quantité d'alcali n'est pas toujours suffisante pour le saturer et pour permettre la formation de carbonates, Dans l'alimentation carnée le CO^2 est au minimum ; chez un homme de 23 ans soumis à un repos relatif, n'ayant mangé que de la viande et bu de l'eau bouillie, la quantité tomba à 6 ccm 90 par litre ; le chiffre le plus élevé des tableaux de Klemperer *(Zeitschrift f. diœt. et physik. Therapie)* fut obtenu chez un homme de 52 ans, faisant de l'exercice, mangeant de la viande et des légumes, et buvant deux litres de bière ; il élimina 768 ccm. Le chiffre moyen est de 150 à 250 ccm.

Comme conclusions pratiques de ces recherches, il faut retenir ceci :

Les urates précipitent en l'absence de CO^2 ;

Les urates sont solubles dans une solution alcaline en présence de CO^2 ;

L'acide urique précipite dans une solution acide en présence d'acide carbonique.

Pour éviter les maladies uratiques, il faut arriver à avoir des urines à peu près neutres riches en acide carbonique. On obtiendra ce résultat par un régime mixte et par l'absorption d'eaux minérales alcalines gazeuses. — Bd.

THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE

La thérapeutique fonctionnelle

(Lettre ouverte à M. H. Huchard)

Mon cher ami,

Dans un des derniers numéros de votre excellent Journal, dont je suis un des lecteurs assidus, vous m'avez mis en cause très amicalement, en invoquant mon témoignage au sujet de la thérapeutique fonctionnelle. C'était précisément le jour où les professeurs de l'Ecole de psychologie m'avaient demandé de présider à la reprise de leur enseignement ; et dans le discours que j'ai prononcé à cette occasion, j'avais pris comme sujet le *néo-vitalisme physiologique et la thérapeutique fonctionnelle.* Je ne saurais donc mieux faire que de vous envoyer le résumé de ce discours qui, par une coïncidence agréable, répondait justement à votre appel.

« Vous savez. Messieurs, combien la thérapeutique fonctionnelle est négligée, combien sont peu croyants ceux-là même qui devraient l'enseigner et quelle place dérisoire elle tient dans les concours qui ouvrent la porte des emplois officiels de la médecine. Les successifs écroulements des théories et des doctrines pathogéniques d'où l'on tire les médications du traitement des maladies, l'incertitude apparente des actions médicamenteuses, la grandeur et la décadence si rapides des indications nouvelles qui uniformisent, comme une mode, la thérapeutique d'un moment ; enfin et surtout l'héritage compact et pesant d'un organicisme séculaire, sont les principaux motifs de cette désaffection des corps enseignants pour la partie la plus noble et la plus humaine de notre science.

L'organicisme a mis la maladie tout entière dans la lésion matérielle des organes Il a fait de la symptomatologie l'expression extériorisée des troubles que la lésion apportait dans les organes ; la thérapeutique qu'il commandait ne pouvait avoir pour moyen que l'attaque directe de cette

Digitized by Google

lésion par d'illusoires médications. On conçoit que ses insuccès aient dérouté ceux qui étaient aux prises avec la pratique et engendré le scepticisme actuel.

Mais, voici que la vieille tradition vitaliste, qui part du naturisme d'Hippocrate, traverse l'antiquité et le moyen-âge pour s'obscurcir avec les archées de Van-Helmont et l'âme médicale de Gaspard Hoffmann, reparaît avec le principe vital de Barthez, les forces vitales de Bichat, de Chaussier et de Frédéric Hoffmann, l'excitabilité de Brown, l'irritabilité de Haller et de Broussais, le duodynamisme de Lortat, etc., voici, dis-je, que cette tradition latente renaît sous le vocable de néo-vitalisme physiologique. Cette renaissance qui ne répudie rien des admirables conquêtes de l'organicisme, jette comme un pont entre les doctrines jadis adverses et devient le point de départ d'une thérapeutique nouvelle.

S'inspirant, pour les choses de la pathologie, de la célèbre formule physiologique de Darwin, « c'est la fonction qui crée l'organe », le néovitalisme observe des faits qui lui montrent que la maladie est antérieure à la lésion, qu'elle est fonctionnelle avant d'être matérielle, que la lésion n'est qu'une étape, un incident ou un résidu de la maladie, ou encore qu'elle est l'expression d'un effort réactionnel de l'organisme à l'encontre de la cause morbigène.

Il oppose ainsi ce que l'on pourrait appeler l'organicisme fonctionnel à l'organicisme anatomique ; il introduit dans la séméiologie l'étude des échanges organiques qui permet de reconnaître l'existence de troubles encore latents de la fonction, de diagnostiquer la maladie à une période où elle échappe aux anciens moyens d'investigation, et de pénétrer le secret des prédispositions morbides qu'on désignait, sans les définir, des termes vagues de terrain ou d'idiosyncrasie. Par la patiente étude des faits et l'observation plus éclairée et plus profonde des maladies aidée de l'expérimentation, suivant la méthode de Claude Bernard, il comprend que l'état de maladie n'est qu'une déviation de l'état physiologique, et il inscrit au fronton de son édifice cette loi pleine d'espérance : « C'est le trouble de la fonction qui crée la lésion de l'organe. »

Cette loi est, en effet, pleine d'espérance, puisqu'elle oppose la thérapeutique des réactions cellulaires, et, disons hardiment le mot, la thérapeutique vitale qui peut, suivant le sens du trouble fonctionnel, l'exalter, le modérer ou le régulariser et obvie au déséquilibre organique précurseur de la lésion ; qui tente d'atteindre celle-ci quand elle est constituée, en influençant la vitalité générale ou les fonctions des éléments anatomiques lésés ; puisqu'elle oppose, dis-je, cette thérapeutique vraiment physiologique aux médications décevantes issues de l'organicisme anatomique et dont les incertitudes ont légitimé tant de découragements !

Messieurs, en étudiant, comme vous le faites, les déviations des grandes fonctions nerveuses, en fixant les variations des échanges organiques qui sont les conditions ou les résultantes de ces déviations, en vous efforçant de les impressionner directement par les divers modes de la psychothérapie, ou indirectement par l'intermédiaire des agents qui modifient la nutrition nerveuse, en diminuant, par vos méthodes d'enseignement pédagogique l'aptitude des centres aux troubles de leur fonctionnement, vous faites de la thérapeutique et de la prophylaxie fonctionnelles, et vous vous rangez ainsi parmi les défenseurs autorisés de ce néo-vitalisme physiologique encore flottant et indécis dans la médecine, quand, sous d'autres formes et avec d'autres noms, une évolution similaire dans la manière de percevoir, de comprendre et de sentir a rénové les arts comme la littérature et changé les assises de la sociologie et de la philosophie contemporaines.

Voilà, mon cher ami, des idées qui se rapprochent singulièrement des vôtres et je suis heureux, cette fois encore, de me rencontrer avec vous et de sentir votre esprit si primesautier et si indépendant — qualités rares et dangereuses par le temps qui court — concevoir la thérapeutique dans le sens fonctionnel.

Mais, au risque de blesser votre modestie, j'ajouterai que, dans ce discours, je parlais aussi de vous et de votre œuvre. J'ai dit et je suis heureux de redire publiquement que H. Huchard était « le grand Maître et le rénovateur de la pathologie du cœur ». Et je ne crois pas que personne me démente parmi tous ceux qui font de la thérapeutique, le suprême but de la médecine.

En effet, quand nous avons commencé nos études. à peu de distance l'un de l'autre, les maîtres qui nous enseignaient les maladies du cœur vivaient sur l'enseignement de Bouillaud et de Beau. Ils nous apprenaient à localiser les bruits de souffle et à diagnostiquer les lésions valvulaires; ils reléguaient sous les vocables prudents *d'hypertrophie du cœur* et de *myocardite* toutes les cardiopathies qui ne se réclamaient pas d'une modification de timbre ou de rythme des bruits du cœur, et quand on en arrivait à la thérapeutique, ils nous laissaient fort indécis sur l'indication du médicament presque unique qu'ils employaient, c'est-à dire, de la Digitale, puisque, suivant la chapelle à laquelle ces maîtres appartenaient, ils décidaient, les uns, que la digitale était un stimulant cardiaque, les autres, qu'elle était un sédatif ; ce que l'on traduisait en ces formules : « la digitale est le quinquina du cœur; ou encore, la digitale est l'opium du cœur. »

Vous avez le très grand mérite d'avoir déblayé ce chaos, d'avoir montré que nombre de cardiopathies débutaient par un trouble dans les fonctions circulatoires, avant de devenir lésions, qu'à cette période fonctionnelle, la maladie était encore curable et qu'il suffisait pour cela de rétablir l'ordre dans la

Digitized by Google

fonction troublée, soit en diminuant la tension artérielle quand elle est augmentée, à l'aide de la théobromine, de la trinitrine ou du titranitrate d'Erythrol, soit en l'augmentant quand elle fléchit, à l'aide de la digitale par exemple.

Vous avez fait bien d'autres choses encore en fait de thérapeutique fonctionnelle ; votre conception des *dyspnées toxi-alimentaires* immédiatement suivie d'une thérapeutique décisive a éclairé les médecins et leur a permis de soulager bien des souffrances.

A propos de thérapeutique fonctionnelle, je ne veux pas reprendre ici toute votre œuvre ; j'ai simplement tenu à citer un exemple qui justifie ce que je pense de vous et qui montre la part considérable que vous avez prise en l'évolution pratique de la médecine contemporaine.

Veuillez agréer, mon cher ami, l'expression de mes sentiments d'affectueuse admiration.

ALBERT ROBIN.

Paris, le 25 janvier 1902.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Indications prophylactiques et thérapeutiques de la phtisie pulmonaire, fondées sur la connaissance de son terrain. — MM. A. ROBIN et BINET résument leur communication par les conclusions suivantes :

1° L'aptitude exagérée de l'organisme à fixer l'oxygène et à faire de l'acide carbonique, c'est-à-dire à se consumer, constitue l'une des caractéristiques des états protopathiques du terrain de la phtisie, quelle que soit d'ailleurs l'origine de la prédisposition, qu'il s'agisse d'hérédité, d'alcoolisme, ou d'un des modes quelconque du surmenage.

2° La découverte de ces deux termes caractérise l'une des conditions fondamentales de ces états protopathiques que l'on désignait jusqu'ici sous le nom vague d'*états de déchéance organique*. Elle montre que tous ces états, si dissemblables qu'ils paraissent, possèdent un élément commun dont on peut mesurer l'intensité, ce qui rend au terrain, dont le diagnostic devient possible, une partie de la valeur dont semblait l'avoir dépossédé l'avènement du bacille de Koch.

3° Cette découverte montre encore que les états de déchéance prétuberculeuse relèvent d'une vitalité exaspérée jusqu'à l'auto-consomption, et non, comme on l'enseigne officiellement à tort, d'une vitalité amoindrie.

4° Elle bouleverse toutes les idées directrices de la prophylaxie et du traitement de la phtisie, puisque d'après ces idées, ce qui, dans cette prophylaxie et ce traitement, correspond à l'indication du terrain, consiste principalement en l'emploi des médications dites toniques, dont le propre est de stimuler une vitalité des échanges organiques qui sont déjà en état de suractivité.

5° Elle démontre, au contraire, sans l'intervention des théories et par le simple exposé des faits, que la prophylaxie de la tuberculose par la modification de son terrain ne doit faire état que de médicaments, de médications et d'agents capables de restreindre le pouvoir qu'a l'organisme de fixer trop d'oxygène et de produire trop d'acide carbonique, c'est-à-dire de se consumer. — Dans le traitement de la maladie confirmée, cette indication conserve toute sa valeur.

6° Nous avons étudié, à ce point de vue, quarante médicaments ou agents physiques dont les effets seront successivement mis au jour. Parmi ceux-ci, l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude et l'arsénite de potasse à la dose de 5 milligrammes, le cacodylate de soude à la dose de 5 centigrammes, diminuent les échanges respiratoires. Mais les arsénicaux, quels qu'ils soient, employés à des doses doubles des précédentes, exercent plutôt sur les échanges une action accélérante. On possède ainsi un critérium de la dose médicamenteuse optime qui ne saurait être dépassée sous peine d'accentuer le dommage auquel on veut remédier.

7° Les recherches faites sur la respiration d'air chaud et sec, d'air chaud et humide ou d'air froid, sur le refroidissement ou l'échauffement de la surface cutanée, éclairent la climatothérapie de la phtisie et de ses états protopathiques.

8° L'examen du chimisme respiratoire permet de déterminer si les altitudes ou le séjour au bord de la mer sont ou non favorables à tel sujet déterminé.

9° L'expérience nous a prouvé qu'il y a des médications capables de modifier le terrain, et l'examen des échanges respiratoires permet de déterminer ces médications, comme aussi de savoir si elles ont agi dans tel cas particulier, et, par conséquent, si tel individu prédisposé a perdu, au moins temporairement, sa prédisposition.

10° Ce mode de prophylaxie de la tuberculose, qui s'adresse à son terrain, mérite d'attirer l'attention au même titre que celui qui consiste à poursuivre le bacille, et la lutte contre la tuberculose ne saurait être efficace sans le concours de ces deux éléments.

Aux mesures d'hygiène publique et privée, actuellement édictées contre le bacille de la tuberculose, il faut donc ajouter l'examen individuel du chimisme respiratoire de tous les individus soupçonnés de prédisposition. Et de même qu'on vaccine contre la variole, de même il faudra traiter préventivement, chez les individus reconnus prédisposés, l'aptitude à contracter la tuberculose, et cela par des moyens reconnus capables de modifier les conditions chimiques ou vitales du terrain, à savoir l'exagération des échanges respiratoires et la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une étude ultérieure.

11° Enfin le traitement de la phtisie confirmée ne doit

Digitized by Google

plus se cantonner dans la médication antibacillaire ; il doit faire état de la consomption qui rend l'organisme apte à l'infection, et modifier concurremment celle-ci, non par les toniques et les stimulants, mais par des médications antidéperditrices qui restreignent la consommation et la fixation de l'oxygène par les tissus, et par les aliments et les médicaments qui dérivent sur eux une partie du comburant qui épuise l'organisme. *(21 janvier)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Collections sous-cutanées purulentes ou huileuses à bacilles d'Eberth développées à la suite d'injections médicamenteuses au cours de la fièvre typhoïde. — MM. Vidal et Le Sourd. Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de longue durée, chez une jeune fille de 24 ans, nous avons vu se développer un abcès et trois collections huileuses sous-cutanées au niveau des points où avaient été pratiquées des injections hypodermiques médicamenteuses.

Dans le pus de l'abcès qui siégeait sous la peau de l'abdomen, aussi bien que dans le liquide des collections huileuses qui siégeaient sur la face antéro-externe de la cuisse gauche, nous avons isolé le bacille typhique, qui ne pouvait venir que de la circulation et s'était fixé dans les points du tissu cellulaire traumatisé par les injections thérapeutiques (caféine, sérum artificiel, spartéine).

Ce fait est à rapprocher de ceux qui, au cours de pneumonies, se sont développés au niveau d'injections de caféine et renfermaient des pneumocoques.

Les infiltrations huileuses sont rarement observées en médecine ; le liquide avait l'aspect, la consistance et les caractères chimiques de l'huile, comme si les substances huileuses de la graisse de nos tissus s'étaient isolées et collectées sous l'influence du bacille typhique ou de ses produits de sécrétion.

Cette observation montre comment, au cours d'une infection, et grâce à une certaine prédisposition du sujet, une avarie de nos tissus peut prêter à la fixation des bacilles charriés par le sang.

Autres communications :

Polyomyélite antérieure aiguë, ponction lombaire, mononucléose, par MM. Triboulet et Lippmann.

Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans 45 cas d'affections nerveuses et mentales, par MM. Nageotte et Jamet.

Alexine et sensibilisatrice dans le sérum sanguin et dans quelques liquides pathologiques (ascite, pleurésie), leur action sur les globules rouges de l'homme, par M. Launois. *(11 février)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Mort par le chloroforme. — M. Poirier communique un cas de mort survenu, il y a quelques semaines, dans son service. Il s'agit d'une femme de 58 ans, depuis longtemps atteinte d'un cancer de l'estomac, à forme douloureuse nécessitant des injections de morphine quotidiennes. L'alimentation était devenue impossible, la cachexie avancée ; M. Poirier fut invité à pratiquer la gastro-entéro-anastomose. Pendant les 20 premières minutes de l'opération, tout alla bien ; la malade respirait régulièrement. Puis l'opérée fit quelques mouvements, ses muscles droits se contractèrent : l'externe qui administrait le chloroforme, en donna quelques gouttes. A peine la compresse eut-elle été replacée sur la bouche, que le cœur s'arrêta brusquement ; la malade était morte. Ni les tractions rythmées, ni la respiration artificielle, ni la trachéotomie, ni l'excitation directe du cœur ne purent provoquer le moindre mouvement de l'organe. Il s'agissait bien d'une syncope cardiaque, d'emblée mortelle.

Le chloroforme employé était pur. Le facteur principal de ce malheur doit être cherché dans l'état d'affaiblissement extrême de la malade qui, depuis trois mois, ne mangeait plus, prenait 2 centigr. de morphine, se cachectisait à vue d'œil.

M. Delbet. Ce cas est un type de mort par le chloroforme. La malade a succombé à la syncope cardiaque contre laquelle tous nos moyens restent impuissants A côté de ce fait, on peut en placer d'autres, dans lesquels le chloroforme, en tant qu'agent toxique, n'a joué aucun rôle. Tel est le cas de cette malade, très craintive, que l'on se préparait à opérer d'un goître. A peine a-t-elle commencé à respirer quelques gouttes de chloroforme sur une compresse agitée au-devant de sa figure, qu'elle meurt d'une syncope cardiaque. Ici, la terreur semble avoir joué le principal rôle.

M. Terrier. Les cas de mort par chloroforme sont fort distincts les uns des autres et non comparables. Les uns sont dus à l'action du chloroforme, d'autres à l'état de faiblesse et d'intoxication des sujets ; d'autres, à des lésions des voies respiratoires ou du cœur.

M. Quenu. Les accidents syncopaux ne sont pas forcément des accidents d'intoxication ; il n'est pas exact, néanmoins, d'en conclure que le chloroforme n'y est pour rien.

Chez certains sujets prédisposés, l'odeur d'une fleur ou toute autre, amène par action reflexe une lipothymie ou même une syncope. La surface pituitaire est le lieu d'élection de ces réflexes suspensifs ; mais le réflexe suspensif ou inhibitoire peut avoir pour point de départ, soit l'écorce cérébrale, soit la région où s'accomplit l'acte opératoire.

L'émotivité joue un grand rôle ; son action se poursuit alors même que le malade a perdu connaissance ; il importe donc de tenir le plus grand compte de l'état psychique de l'opéré.

Enfin, certains reflexes inhibitoires sont plus fréquents dans les opérations sur certaines régions ; certaines manœuvres prédisposent à la syncope. Telles sont les tractions sur le mésentère, sur l'estomac, les opérations sur l'anus, sur le cul-de sac de Douglas.

Greffes hydatiques dans le péritoine. — M. Broca. On a mis en doute la possibilité de greffes directes d'hydatides dans le péritoine aux dépens des germes versés dans la séreuse par un kyste hydatique rompu. M. Martin, de Rouen, nous communique un fait montrant la réalité de ces greffes. Il s'agit d'un homme de 38 ans, porteur depuis plusieurs années d'un kyste hydatique du foie. A la suite

Digitized by Google

d'un choc, la tumeur se rompit dans le péritoine. Tout d'abord il n'y eut que des troubles légers ; jamais d'ictère. Six mois après, le kyste ayant pris un développement énorme, M. Martin pratiqua la laparotomie, et trouva outre le grand kyste, la cavité abdominale bourrée d'hydatides, développées sur toutes ses parois et tous ses organes. L'opéré guérit de l'intervention, mais conserva les hydatides secondaires. *(15 janvier).*

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique du traitement de la diphtérie, par M. Deguy, ancien interne des hôpitaux, ancien moniteur de tubage et de trachéotomie, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades et Benjamin Weill, interne des hôpitaux, moniteur de tubage à l'hôpital des Enfants, avec une introduction de M. Marfan, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Un volume de 300 pages avec 70 figures. Chez Masson, éditeur.

M. Marfan, à la fin de son introduction, formule le jugement suivant sur ce livre : « Toutes ces questions controversées, MM. Deguy et Benjamin Weill les ont négligées de parti pris et c'est pour quoi ils m'ont prié de les mentionner dans l'introduction qu'ils m'ont fait l'honneur de me demander. Dans leur livre, ils se sont proposé uniquement de faire connaître le traitement de la diphtérie tel que l'ont établi les travaux du XIXe siècle et surtout d'en exposer la technique d'une manière très détaillée. L'un et l'autre étaient parfaitement préparés à ce travail. Attachés au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, dans lequel plus de 1200 malades sont entrés en 1901, ayant contribué activement à l'enseignement qui s'y donne, inventeurs d'une heureuse modification des instruments de tubage, ils ne pouvaient qu'écrire un bon livre.

Leur ouvrage est le miroir fidèle de ce qui se fait au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades. Dans celui-ci il y a une tradition composée des remarques, des observations, des procédés de plusieurs générations de médecins, d'internes, voire même de surveillantes et d'infirmières. Cette tradition se transmet oralement ; on s'est peu préoccupé de l'écrire. MM. Deguy et Benjamin Weill ont réussi à la faire entrer dans leur livre. J'ose croire qu'ils auront rendu service à leurs confrères

Chez Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon :

Métrites cervicales. — Rapport présenté au Congrès de Médecine de Paris 1900, par le Dr Mendès de Léon, privat-docent à l'Université d'Amsterdam, Grand in-8° de 40 pages, 1 fr. 25.

Doit-on combattre la fièvre ? — Rapport présenté au Congrès de Médecine de Paris 1900, par le Dr B.-J. Stockois, professeur à la Faculté de médecine d'Amsterdam. Grand in-8° de 32 pages, 1 franc.

Protestation. — Il paraît que depuis plusieurs années un industriel a lancé à Mexico une spécialité sous la désignation de "*Pilules Huchard digestives*", en ajoutant encore ces mots : « Pilules de pancréatine digestives et aseptiques du Dr Huchard, de Paris.

De deux choses l'une : ou cet industriel me désigne très nettement en faisant précéder mon nom de mon prénom ou encore en le faisant suivre d'un titre scientifique ; ou il ne me désigne pas personnellement, puisqu'il existe plusieurs médecins portant le même nom. Dans le premier cas, j'ai le droit de lui défendre formellement de me désigner, puisque je n'ai ni inventé ni découvert aucune pilule « digestive ». Dans le second cas, j'ai le devoir de protester contre un abus de similitude de noms et de dire bien haut que je réprouve de tels agissements. J'ajoute que si autrefois dans l'*Union médicale* j'ai étudié les bons effets de la pancréatine dans les maladies de l'estomac, du foie et de l'intestin, ce fait ne donne à personne le droit de lancer une spécialité quelconque sous mon nom, et que la France où est née la pancréatine, avec ses perfectionnements supérieurs, n'a pas besoin d'aller la chercher à Mexico, ou ailleurs. — H. Huchard.

Hopital Necker. — M. H. Huchard, commencera ses conférences de clinique thérapeutique et de thérapeutique physiologique, avec présentation de malades, le *vendredi 14 février*, à 10 *heures très précises*, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Hôpital Saint Antoine. — *Conférences de Radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère commencera le dimanche 2 février, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *huit conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de Radiograhpie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Hôtel-Dieu. — *Maladies nerveuses.* — MM. Ed. Brissaud et G. Ballet. Enseignement clinique : M. Ed. Brissaud, conférence au lit des malades, le lundi à neuf heures et demie ; — M. G. Ballet, leçon à l'amphithéâtre Trousseau, à dix heures, le dimanche. La première leçon aura lieu le dimanche 2 février.

Consultations externes : M. Ed. Brissaud, le mercredi à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Madeleine) ; — M. G. Ballet, le samedi à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Anne.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLAMBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Syphilis du pharynx

Par M. du Castel, *médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine*

Vous pouviez voir ces temps derniers au numéro 9 de notre salle Cazenave un garçon de 17 ans, atteint depuis trois ans d'une ulcération de la jambe qu'aucun des traitements antérieurement employés n'avait pu amener à guérison, pas même améliorer. L'ulcération avait à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent; elle était peu profonde, couverte de gros bourgeons rouge-jaunâtre, saignant peu; la plaie fournissait un liquide plutôt ichoreux que vraiment purulent; les bords n'étaient pas décollés, mais taillés légèrement à pic; la peau avoisinant l'ulcération était de couleur foncée, brune plutôt que violacée; la lésion siégeait dans la région médiane et externe de la jambe. Cette plaie avait été généralement considérée comme scrofulo-tuberculeuse; traitement général et traitements locaux avaient été institués dans cette hypothèse; ils étaient restés, comme je vous l'ai dit, infructueux. En présence de cette plaie qui n'avait pas l'aspect blafard des lésions tuberculeuses anciennes et qui se montrait absolument rebelle aux traitements habituellement efficaces contre les lésions tuberculeuses, la pensée me vint que sa nature pourrait n'être pas tuberculeuse, mais bien syphilitique, hérédo-syphilitique. A première vue, cette hypothèse avait contre elle un certain nombre de constatations. Le jeune homme était bien développé et ne présentait pas cette délicatesse de constitution qu'il est si fréquent de rencontrer chez nombre d'enfants hérédo-syphilitiques. Le facies était régulier et plutôt gracieux : pas le nez en selle turcique ou en lorgnette si commun en pareil cas; pas d'opacité de la cornée; pas le front saillant et projeté en avant; rien, en un mot, de ces déformations qui constituent le facies hérédo-syphilitique. L'examen des dents montrait une dentition régulière, pas d'incisives dites d'Hutchinson, pas de microdontisme. A un examen plus complet de la bouche, je constatai un fait capital : la luette était détruite, les deux piliers amygdaliens postérieurs adhéraient dans une assez grande étendue à la paroi postérieure du pharynx. Il n'y avait pas de doute, nous étions en présence d'une lésion syphilitique des piliers, de la luette et de la paroi postérieure du pharynx. Un traitement antisyphilitique fut institué; une guérison rapide de la lésion de la jambe fut la conséquence.

Dans la salle des femmes, au numéro 3, vous pouviez voir aussi ces temps derniers une malade atteinte depuis longtemps d'une ulcération de la face de nature difficile à déterminer; une cicatrice ancienne de l'arrière gorge nous fit porter le diagnostic d'affection syphilitique. La guérison rapide de l'ulcération de la face sous l'influence du traitement mercuriel justifia le diagnostic.

Ces deux faits vous montrent l'importance que certaines lésions de l'arrière-gorge acquièrent pour le diagnostic de la syphilis.

La syphilis peut atteindre le pharynx à toutes ses périodes : l'accident primitif siège assez fréquemment sur les amygdales; il n'est pour ainsi dire pas de malade qui ne présente au cours de la période secondaire, sur celles-ci, sur leurs piliers ou sur la luette la lésion décrite sous le nom de plaques muqueuses; mais, à moins de syphilis particulièrement grave et maligne, c'est à une période avancée et tardive que se produisent les ulcérations profondes susceptibles d'aboutir à des destructions graves, à des cicatrices vicieuses. Ces ulcérations ont pour lésion préparatoire le processus gommeux.

La gomme du pharynx a pour siège de prédilection : le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

Sur le voile du palais elle occupe de préférence la partie médiane ou le bord postérieur. Souvent la gomme du voile du palais naît sur sa face supérieure, sur la face nasale et vient s'ouvrir au bout d'un certain temps sur la face buccale. Elle peut s'ouvrir à la fois sur la face buccale et du côté des fosses nasales; elle donne lieu alors à une perforation faisant communiquer les fosses nasales avec la cavité buccale. Cette perforation constitue généralement un trou parfaitement arrondi, occupant le plus souvent la ligne médiane, mais pouvant aussi siéger sur les parties latérales.

Avant son ulcération, la lésion gommeuse se présente tantôt sous la forme d'une tumeur nettement circonscrite du volume d'une petite noisette ou d'un volume plus considérable, tantôt sous la forme d'une infiltration diffuse.

Avant que la gomme ne soit arrivée à perforer et à détruire le voile du palais, des troubles fonctionnels, déjà notables peuvent accompagner son développement. Elle peut s'accompagner d'un certain nombre de manifestations qui lui donnent quelques-unes des apparences des angines aiguës.

Le malade ressent de la gêne, une certaine tension au niveau du voile du palais; des irradiations douloureuses peuvent se faire dans le voisinage, principalement du côté des oreilles. La déglutition devient pénible, douloureuse, difficile, extrêmement gênée; quelques malades ne peuvent plus ingérer que des aliments liquides. Il n'y a généralement pas à ce moment rejet d'aliments par les fosses nasales.

Digitized by Google

Si on étudie l'aspect de la gorge, on n'observe pas toujours des lésions manifestes ; on peut ne constater qu'une immobilité relative du voile du palais qui est tendu, plus horizontal, gêné dans ses mouvements.

La muqueuse n'offre aucun changement de couleur, aucune tuméfaction notable. Cet état s'observe surtout quand la lésion a son point de départ à la partie supérieure du voile du palais et n'a pas encore atteint une grande épaisseur, ou quand elle se développe sous forme de nappe. Quand la lésion siège sur la face inférieure du voile du palais, les troubles fonctionnels sont à peu près les mêmes ; mais alors on voit apparaître tantôt un nodule d'induration isolé et nettement saillant, tantôt une nappe inflammatoire diffuse d'un rouge foncé, qui peut être confondue avec une angine simple.

La lésion n'est pas fatalement douloureuse, ne trouble pas toujours d'une façon notable le fonctionnement du pharynx. Il n'est pas exceptionnel, quand on examine l'arrière-gorge d'anciens syphilitiques de constater des perforations du voile du palais, des destructions de la luette et du bord postérieur de ce voile chez des malades qui ne se rappellent pas avoir souffert de l'arrière-gorge d'une façon notable, à aucun moment de leur existence. D'autres fois, vous observerez des ulcérations arrondies de la paroi supérieure du pharynx, plus ou moins étendues, à bords taillés à pic, à fond tomenteux et jaunâtre, indolentes ou peu douloureuses, sans qu'aucun trouble fonctionnel ait appelé l'attention du porteur.

La lésion ne devient souvent grave et vraiment pénible que le jour où le processus syphilitique évoluant au niveau du voile du palais a déterminé une perforation. Alors le tableau pathologique devient souvent grave, il présente des aspects différents suivant que l'affection s'est développée sur les parties antérieures ou sur les parties postérieures.

La syphilis occupant les régions postérieures du voile du palais, évolue généralement d'une façon beaucoup plus insidieuse que la syphilis des parties antérieures. C'est aux cas de gomme du bord libre ou dans son voisinage, qu'on voit des altérations profondes, l'échancrure du bord libre, la destruction de la luette, des fentes très étendues du voile se produire sans que le malade ait souffert, sans qu'aucun trouble fonctionnel lui ait appris que rien d'anormal se passait dans sa gorge : c'est une surprise, c'est une découverte imprévue que le médecin fait un jour qu'il examine la gorge.

La perforation de la partie antérieure s'accompagne de troubles beaucoup plus prononcés ; il est rare qu'elle n'amène pas des troubles très accusés de la parole et de la déglutition, caractérisés par le reflux des aliments dans les fosses nasales au moment où le malade déglutit, par un nasonnement prononcé de la voix : il y a là tout un ensemble de troubles fonctionnels qui conduisent le médecin à examiner le palais, le pharynx et mènent à la découverte des lésions syphilitiques de la région.

La paroi postérieure du pharynx est un des points de la gorge que la syphilis grave atteint volontiers : elle amène la formation d'ulcérations arrondies, plus ou moins étendues, à bords taillés à pic, à fond tomenteux et jaunâtre qui ne sont autre chose que des gommes ulcérées souvent indolentes. Quand la partie postérieure du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx ont été ulcérées simultanément, il peut se produire au moment de la cicatrisation une soudure du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, une symphyse de ces deux parties constitutives du pharynx.

C'est ce que vous pouvez observer chez le malade que je vais vous montrer.

C'est un enfant de quinze ans chez qui vous pouvez constater les manifestations les plus nettes d'une hérédo-syphilis : sa constitution est chétive ; le front est bombé et saillant en avant ; les deux cornées sont opaques à la suite d'une kératite parenchymateuse survenue dans la première enfance ; les dents sont irrégulièrement implantées ; les incisives médianes supérieures présentent l'encoche dite d'Hutchinson. Examinez l'arrière-gorge : il n'existe plus de bord libre du voile du palais ; celui-ci, s'est soudé à la paroi postérieure du pharynx : à première vue, on croirait qu'il n'existe plus de communication entre les fosses nasales et la partie inférieure de l'arrière gorge. Cependant, en regardant avec attention, on voit qu'il existe encore sur la ligne médiane un petit orifice de communication à travers lequel il serait possible, au besoin, de faire passer un manche de porte-plume de volume ordinaire : cet orifice est difficile à observer, quand le voile du palais au repos est appliqué contre la paroi postérieure du pharynx ; il devient manifeste si on provoque la contraction du voile du palais ; à ce moment, celui-ci, contracté, tire sur les bords de l'orifice de communication et le met en évidence.

La symphyse du voile et de la paroi postérieure du pharynx, qui succède aux ulcérations syphilitiques, peut être complète ou incomplète, c'est-à-dire qu'il peut ne plus exister aucune communication entre le pharynx et les fosses nasales, ou qu'il existe une communication plus ou moins grande. Cette dernière disposition est la plus fréquente. L'orifice de communication peut être des plus réduits : il peut laisser passer à peine un stylet, un manche de porte-plume: c'est ce que vous pouvez observer chez notre malade.

Chose étonnante ! Une telle modification des rap-

Digitized by Google

ports normaux des fosses nasales et du pharynx, n'amène souvent aucun trouble important de fonctionnement, tout au plus une légère modification de la voix, particulièrement une difficulté de la prononciation des diphtongues ; la déglutition s'accomplit très régulièrement. Il est vrai que, si on examine le fonctionnement du voile du palais, on est tout étonné de voir le voile conserver la plus grande partie de sa mobilité ; malgré ses attaches à la paroi postérieure du pharynx, on le voit s'abaisser et s'élever presque comme à l'état normal.

Dans les quelques cas où la symphyse est complète, les troubles s'accentuent ; la déglutition reste libre, mais la phonation est profondément modifiée ; il n'y a pas de nasonnement, mais le malade ne peut pour ainsi dire plus prononcer les diphtongues. La respiration nasale est supprimée, il n'y a plus que la respiration buccale. Aussi quand les malades parlent, ils sont à chaque instant obligés d'interrompre leurs phrases pour reprendre haleine, pour pouvoir respirer par la bouche.

La voix a un timbre guttural et manque d'amplitude.

Aucune mucosité nasale ne peut plus s'écouler par la partie postérieure et gagner le pharynx ; il est impossible au malade de se moucher puisqu'il ne peut plus chasser d'air d'arrière en avant à travers les fosses nasales. Aussi quand les sécrétions nasales deviennent abondantes, en cas de coryza par exemple, il se fait un écoulement lent et continu par les parties antérieures ; cet écoulement constitue un phénomène des plus pénibles. Heureusement la symphyse complète du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx est un accident rare ; il n'en existe que 4 ou 5 exemples dans la science.

Le diagnostic des syphilis graves du pharynx est généralement facile. Les perforations arrondies du voile du palais ne se rencontrent guère dans aucune autre affection : j'ai eu cependant l'occasion de présenter, il y a quelques années, à la Société médicale des Hôpitaux (21 octobre 1898) un malade qui était entré dans mon service pour une perforation de la région centrale du voile du palais et chez qui cette perforation semblait bien de nature tuberculeuse. La tuberculose pulmonaire de ce malade était à ce point avancée qu'il succomba quelques jours après son entrée dans nos salles : il fut impossible de relever chez lui aucun antécédent syphilitique. L'examen histologique montra que les bords de l'ulcération étaient criblés de granulations tuberculeuses miliaires ; celles-ci se retrouvaient innombrables sur toute la surface du voile du palais et sur la muqueuse de la face interne des maxillaires supérieurs. C'est là un fait absolument exceptionnel, à peu près sans analogue dans les annales médicales. MM. Talamon et Barbier semblent cependant avoir observé deux faits où la perforation du voile du palais existait en même temps qu'une tuberculose amygdalienne (*Méd. moderne*, 2 sept. 1893 et *Soc. méd.* des hôp., 20 janv, 1899.)

La destruction de la luette, du bord postérieur du voile du palais, les ulcérations à pic et les perforations nettement arrondies de celui-ci, sont pour ainsi dire la propriété exclusive de la syphilis. Quand la tuberculose vient à ulcérer ces régions, elles s'y manifeste généralement sous forme de tuberculose miliaire comme chez notre malade. Alors la présence au pourtour des lésions ulcéreuses, d'un plus ou moins grand nombre de ces granulations des muqueuses que Julliard, Trélat, Féréol nous ont appris à connaître, met en évidence la nature tuberculeuse de l'affection.

Les lésions ulcéreuses syphilitiques du voile du palais sont généralement des accidents d'une période avancée. On les rencontre chez des malades dont l'affection remonte à plusieurs années ; souvent ce sont des malades qui ont eu une syphilis d'intensité fort ordinaire et qui se croient guéris depuis plusieurs années ; ils éprouvent pendant quelques semaines à plusieurs reprises quelques phénomènes douloureux dont ils se préoccupent peu; ou bien ils ne ressentent aucun phénomène anormal et, tout d'un coup, ils sont pris de nasonnement, du rejet d'aliments par les fosses nasales qui indiquent qu'une perforation s'est produite.

Ailleurs, comme je le disais tantôt, chez un malade qui ne se plaint d'aucun trouble de la voix ou de la déglutition, le médecin est surpris, en examinant la gorge, de constater qu'une bonne partie du bord libre du voile du palais, que la luette ont disparu ou qu'une perforation allongée, plus ou moins longue, existe un peu en avant du bord libre et parallèlement à lui, qu'une symphyse existe entre le voile du palais et la partie postérieure du pharynx.

Pour établir le diagnostic de syphilis, il ne faut pas absolument compter sur les renseignements que le malade vous fournira sur ses antécédents : un assez grand nombre de vos clients iront jusqu'à nier qu'ils aient eu la syphilis et ils le feront de bonne foi ; bon nombre des malades appartiennent, en effet, à ce qu'on appelle les syphilis ignorées.

Il semble étrange aux débutants dans la carrière médicale, qu'un malade puisse ignorer qu'il a contracté la syphilis : le fait est cependant assez commun. Des adultes, même possédant quelques notions sur les lésions les plus communes de la vérole, sont atteints de syphilis tellement légères, tellement atténuées, qu'ils en laissent passer les manifestations sans s'en préoccuper ; ils ne peuvent croire un instant que les petites imperfections de santé qu'ils éprouvent

Digitized by Google

soient la manifestation d'une maladie que la majorité du genre humain considère comme devant être toujours grave du commencement à la fin. A plus forte raison, les malades qui ignorent l'existence de la syphilis (nombre de femmes sont dans ce cas) laisseront passer, sans s'en préoccuper, les manifestations d'une syphilis très atténuée. Ces malades oublient, après peu de temps, qu'ils ont eu quelques boutons qui n'étaient qu'une roséole, quelques angines qui n'étaient que des plaques muqueuses ; ils l'oublient d'autant plus facilement que les manifestations de la syphilis, généralement indolores, ne les ont pas fait souffrir, ne les ont pas gênés dans leur existence.

Ce passage inaperçu se fera plus facilement si l'accident initial a eu un siège insolite ; sur l'amygdale, il aura été pris pour une angine diphtéritique ou diphtéroïde ; au doigt, il aura été qualifié de panaris, etc., etc. Dans les classes peu aisées, il n'est pas rare de voir des enfants contracter accidentellement la vérole dans la première enfance ; ces syphilis font partie de ce que le professeur Fournier appelle les syphilis insontium. Ces syphilis, guéries au moment où l'enfant devient capable de garder le souvenir des malaises qui l'atteignent, resteront inconnues du malade, qui niera de bonne foi avoir été syphilitique, si jamais occasion se présente pour le médecin de lui poser cette question.

Des femmes s'étant trouvées en rapport avec des maris anciens syphilitiques, ayant mis au monde des enfants sains ou syphilitiques, présentent, un certain nombre d'années après leur accouchement, des manifestations gommeuses, sans qu'à aucune période antérieure de leur vie il soit possible de retrouver aucun accident de santé qu'il soit permis d'attribuer à la syphilis. Nombre de syphiligraphes admettent aujourd'hui qu'elles ont été infectées au moment de la conception, et que la vérole a pu rester des années sans donner aucune manifestation extérieure, vivre absolument ignorée de tous et éclater tout à coup sous forme d'accidents gommeux. Enfin, il est une syphilis généralement ignorée de ceux qui en sont atteints, c'est la syphilis héréditaire, celle qu'un auteur syphilitique transmet à sa descendance. Peu de parents se résignent à avouer à leur enfant, malgré l'intérêt que ce renseignement aurait pour lui, qu'ils lui ont donné la vérole avec la vie. Or, bien souvent, la syphilis héréditaire donne des gommes longtemps après la naissance, dans l'adolescence, dans l'âge adulte, voire même dans la vieillesse ; elle fait partie des possibilités avec lesquelles il faut compter quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une ulcération du pharynx, vous l'avez constaté par vous-même sur nos deux adolescents.

La négation de tout antécédent syphitique par un malade ne devra donc pas trop vous ébranler quand vous vous trouverez en présence des lésions que nous venons d'étudier : l'action rapide du traitement antisyphilitique vous éclairera sur la nature vraie du mal.

Le processus gommeux qui conduit aux destructions du voile du palais, est fréquemment un processus à évolution rapide. La conclusion thérapeutique découle de cette notion.

Quand un malade est atteint ou suspecté atteint d'un processus gommeux de l'arrière-gorge, il faut agir vite et énergiquement.

L'iodure de potassium est le médicament par excellence de la situation. Il agit beaucoup plus efficacement que le mercure ; on l'administrera à hautes doses, et son effet utile sera habituellement très rapide, très marqué.

Le mercure ne devra jamais être administré seul. Ce serait perdre un temps précieux. On pourra l'associer à l'iodure de potassium en faisant le traitement dit mixte iodohydrargyrique. Mais alors les iodures devront toujours être administrés à très hautes doses. Le mercure sera prescrit par voie buccale. Cette méthode sera généralement suffisante ; on pourra recourir aux injections hypodermiques ou aux frictions mercurielles. Quand un malade a été guéri d'une syphilis du voile du palais, il faut bien se rappeler que cet accident récidive facilement, et le médecin devra maintenir le malade pendant un certain temps en traitement, le tenir en surveillance.

HYGIÈNE PRATIQUE

Un point d'hygiène à propos des conserves du champignon de couche

Par le Dr Victor Gillot
Chef de clinique médicale à Alger

A Paris, vu sa culture intensive, le champignon de couche frais est parfait et se vend en moyenne 1 fr. 70 ou 1 fr. 80 le kilogramme, en hiver et au printemps, époque du plus grand écoulement. — Du jour au lendemain, on sait que le champignon est déprécié hygiéniquement et alimentairement et qu'il l'est toujours quand il est *piqué par le fumier* ou atteint de maladies telles que la mélanose. — On s'imagine naturellement qu'à l'instar de ce qui se fait pour les fruits, pêches, abricots, etc..., on doit choisir pour les conserves les champignons de couche les plus beaux et les plus frais. Il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve l'industrie suivante qu'il est intéressant de connaître, et qui consiste à acheter aux Halles de Paris, et à très bon marché, des champignons dépréciés, vieillis ou tachés, et à

Digitized by Google

on faire industriellement des produits de merveilleuse apparence, qui prennent une plus-value en boîtes de conserve.

Il existe une maison dite dont le siège social est à Strasbourg, et qui, à Paris, et peut-être dans tous les grands centres, a des représentants, des femmes en général, des *gérantes*. Celles-ci qui sont, m'a-t-on dit, une dizaine à Paris, surveillent le marché, et, aux époques propices, achètent les champignons dépréciés et sont chargées de les *reprécier*, pour ainsi dire, afin de les expédier ensuite par grande quantité à Strasbourg, où, définitivement enfermés dans des boîtes de conserves, ils pénètrent dans la circulation commerciale.

Voici comment se passent les choses : la gérante ayant fait aux Halles et à bon marché sa provision de champignons tachés (1), raccole quelques ouvrières pour procéder à leur préparation. L'une de ces gérantes emploie jusqu'à dix-huit ouvrières, plus un *cuiseur*. Le travail ne dure que quelques semaines dans l'année. La grosse question est de faire disparaître les taches des champignons. Pour cela on les épluche d'abord en enlevant grossièrement au couteau les plaques gangréneuses ou mélaniques des chapeaux et des pieds, puis on les met tremper un certain temps dans un bain chimique composé de solutions acides : acides tartrique, acétique ou autres encore. Il faut ensuite *tromper l'œil*. C'est alors que chaque ouvrière, après avoir brassé le bain, prélève des deux mains une petite quantité de champignons qu'elle doit travailler. Elle est en effet chargée, tout en enlevant les dernières traces des taches et des coups de couteau de l'épluchage, de leur donner à tous une forme régulière de chapeau. Ce double but est atteint par le maniement d'une petite serpette *ad hoc* à lame concave et régulièrement courbée. Remarquons que les deux mains de l'ouvrière restent toujours plus ou moins mouillées pendant cette opération. — Vient ensuite le rôle du *cuiseur* qui s'empare des champignons, ainsi artificiellement devenus très beaux, et les fait bouillir quelques minutes dans une solution d'acide sulfurique au 1/8e, en enlevant l'écume qui se forme. Il est à présumer que l'acide sulfurique, employé ici, doit gonfler le champignon par coagulation mucilagineuse. Il le rend en tout cas d'une blancheur éclatante. On les dit dès lors *blanchis* en terme du métier. Après avoir passé la nuit dans de l'eau fraîche, ils sont enfermés le lendemain dans un tonneau, dans lequel on jette 3 litres de sel de cuisine, et 100 grammes d'acide citrique avec de l'eau, suffisamment pour le remplir tout entier avant de le fermer hermétiquement et de l'expédier à Strasbourg. Là les champignons sont mis dans des boîtes de fer-blanc où ils sont conservés dans de l'eau additionnée d'acide tartrique ou d'un autre antiseptique.

Ces diverses manipulations ne sont pas sans intérêt au point de vue hygiénique ainsi que j'ai pu m'en rendre compte. En effet, pour rendre blancs des champignons qui ne le sont pas, on se sert de bains chimiques capables d'être nocifs. — D'abord l'acide sulfurique servant à la cuisson est un agent certainement dangereux. On m'a cité le cas d'un *cuiseur*, M. G..., 40 ans, qui a dû quitter le métier à la suite d'une dermatose intense de la figure et des mains, qui guérit après un traitement relativement court et n'a jamais reparu depuis. — Avant de les livrer au *cuiseur* nous avons vu qu'on trempait les champignons dans un bain contenant généralement de l'acide citrique ou de l'acide tartrique. Peut-être qu'à la longue ces agents pourraient amener quelque irritation de la peau des femmes qui plongent leur bras dans le liquide ; mais le travail dure peu de temps, et d'ailleurs il y a certaines maisons, comme celle de Mme F..., rue B..., par exemple, où les ouvrières sont toujours restées indemnes malgré l'emploi de ces deux caustiques très légers en faible solution. — Certaines *gérantes* doivent, par contre, se servir de produits plus dangereux, qu'il y aurait grand intérêt à connaître au point de vue hygiénique et dont l'emploi peut devenir une cause d'accident du travail. — Ainsi, chez Mme P..., rue des V..., on jette à la pellée dans la cuve du bain des cristaux mélangés d'acides citrique, tartrique, et sans doute d'un autre ingrédient bien plus actif, puisque corrosif au point que la plupart des ouvrières sont atteintes en quelques jours de lésions cutanées siégeant aux mains et aux bras. Je n'ai pu, à mon grand regret, ni savoir ce qu'était cet ingrédient, ni m'en procurer pour l'analyse. — En face des lésions observées, le liquide de macération des champignons est le seul à mettre en cause et il agit visiblement par son simple contact. — Ainsi, une femme, dite la Normande, qui ne mettait jamais les mains dans la cuve pour le brassage et s'employait seulement à gratter le champignon encore tout ruisselant de son bain, n'a eu du mal qu'au bras gauche surtout au coude, et tout le long d'une ligne remontant du coude aux deux ou trois premiers doigts. C'était exactement le chemin parcouru par le liquide égouttant du petit champignon. La main droite de cette malade resta toujours intacte. Elle ne maniait que le couteau. — Toutes les brasseuses, elles, ont impitoyablement les deux mains prises, sinon les avant-bras, et cela plus ou moins rapidement, mais en quelques jours seulement. L'affection passe vite, il

(1) Ces champignons se vendent en moyenne 1 franc ou 1 fr. 10 tandis que le champignon blanc de bonne qualité vaut ordinairement 1 fr. 70 à 2 francs le kilogramme.

Digitized by Google

est vrai, mais revient vite aussi. — Depuis trois ou quatre ans, dans la maison P..., ces accidents sont de règle, au dire d'une victime qui estime que, sur une trentaine d'employées, plus de vingt ont dû quitter le métier, mises constamment en incapacité de travail et toujours par la même maladie.

Comme type de cette maladie, je citerai l'histoire d'une malade que j'eus la bonne fortune d'observer à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

C'est une femme, d'une cinquantaine d'années, Mme Victorine C..., mariée, et qui n'a jamais eu d'autres maladies. — Au printemps de 1899, elle prit du service chez Mme P..., pour les champignons qu'elle avait déjà traités dans d'autres maisons et toujours impunément. Au bout de quelques jours elle fut atteinte d'une maladie des mains semblable à celle dont elle est porteur aujourd'hui. Elle fut obligée de faire un séjour d'un mois à l'hôpital, après quoi elle fut complètement guérie. Elle retourna au même atelier où plusieurs de ses compagnes avaient été atteintes comme elle. Une deuxième poussée ne se fit pas attendre. Au bout de deux jours elle se voyait obligée de retourner se faire soigner. Son traitement dura vingt-huit jours et, encore une fois, la guérison fut absolue. Elle ne retourna pas à la maison P..., mais s'employa en divers endroits à l'épluchage de toutes sortes de légumes : pommes de terre, haricots, petits pois, etc..., et sans aucun inconvénient.

L'année suivante, en février 1900, le moment des conserves de champignons étant revenu, elle fut reprise par Mme P.... En quelques jours ses mains subirent les mêmes atteintes qu'antérieurement ; nouvelle période de traitement suivie encore de guérison. Elle abandonna alors les champignons pour d'autres légumes, carottes, oignons, etc..., dans d'autres maisons. Elle mettait souvent ses mains dans l'eau, lavait toutes sortes de choses sans dommage aucun, lorsque, au mois de janvier dernier, elle rencontra son ancienne patronne, qui l'entraîna, par persuasion, à venir encore travailler chez elle. Au bout de huit jours elle eut les mains dans un piteux état, et s'en alla jurant, mais un peu tard, qu'on ne l'y reprendrait plus. En six jours ses deux mains devinrent d'abord rouges et prurigineuses, puis très enflées et très douloureuses avec obscurité du tact et difficulté dans les mouvements. La peau s'était détachée en grands lambeaux et très rapidement. — Au bout de six jours, elle se présente avec deux mains absolument impotentes, les doigts à demi-fléchis et comme ankylosés. Il y a même aspect des deux côtés. De l'extrémité des doigts jusqu'au dessus du poignet l'épiderme s'est éliminé laissant le derme à nu et présentant une surface très sèche, lisse, luisante, très tendue, donnant l'impression d'une déshydrose très accusée. La main droite est un peu moins malade. Tenant le couteau, elle fut peut-être moins mouillée par le liquide qui s'écoulait du champignon sorti d'un bain chimique. — Bref, il y a là comme une érosion, une brûlure généralisée des deux mains, qui, encore très douloureuses, perçoivent difficilement le toucher et ne peuvent faire aucun mouvement d'extension ou de préhension. — Les ongles sont cassants, grisâtres, et la malade s'attend à les voir tomber comme dans les attaques précédentes. Elle est incapable de tout travail. Il est probable que la guérison sera rapide cette fois comme les précédentes. La malade l'espère et se promet de ne plus *travailler le champignon*.

Plusieurs autres femmes, en général âgées, employées au même travail et dans les mêmes conditions, ont eu une dermatite semblable survenant en quelques jours, guérissant complètement, il est vrai, mais les obligeant toujours à une suspension de travail trop longue pour leurs besoins.

Cette affection, bien qu'en différant au point de vue morphologique, pourrait être comparée aux eczémas manuels professionnels survenant chez les laveuses qui se servent de carbonates, d'eau de javel, d'hypochlorites divers, etc..,

Au point de vue pathogénique, les prédispositions individuelles ou la faiblesse vitale des tissus due à la sclérodermie sénile ne semblent pas jouer un rôle absolu dans les accidents qui nous occupent.—Les jeunes femmes ne sont pas plus épargnées que les autres. Ainsi, Berthe A..., âgée de 20 ans, ayant fait trois saisons dans la maison P..., a vu survenir trois poussées violentes identiques à celles que j'ai décrites plus haut. — En somme il y a toujours un effet local très caustique du liquide employé.

Pourrait-on invoquer quelque action toxique du champignon lui-même ou plutôt de ses principes solubles ? Rien n'autorise à le supposer puisqu'aucun fait semblable n'a été constaté dans les autres maisons où se manipulent les mêmes végétaux avec des moyens analogues.

Cette petite histoire prouve que le contrôle hygiénique, en telle occurrence, serait bienfaisant s'il avait assez d'autorité et assez d'efficacité pour réprimer des procédés condamnables en ce qu'ils sont une cause d'accidents pour de pauvres ouvrières, tout en étant, semble-t-il, absolument inutiles.

Elle aura peut-être, en plus, l'avantage de suggérer au consommateur quelques idées appréhensives au sujet des conserves du champignon de couche dit *champignon de Paris*.

Digitized by Google

Formulaire du Praticien

Emploi de quelques plantes astringentes indigènes dans les métrorragies à la campagne

Nous voulons dire un mot du traitement, par ces plantes, de la menstruation exagérée, des règles de quinzaine, des hémorragies utérines de la ménopause, des pertes de sang qui épuisent, par leur abondance et leur durée, aux périodes menstruelles, les femmes atteintes de polypes ou de corps fibreux de la matrice, de celles qui surviennent chez les mêmes femmes en dehors de ces époques. L'extrait fluide du rhizome d'hydrastis canadensis — renonculacée de l'Amérique septentrionale — qui est fréquemment prescrit avec succès dans ces cas, peut être remplacé sans frais, à la campagne, par des plantes qu'on a sous la main. L'hémostase utérine que ces plantes-là réalisent n'est certainement pas due à la variété de tannin qu'elles renferment, tannin qui colore en gris-verdâtre les sels ferriques: celui-ci y est généralement en trop faible quantité pour qu'on puisse lui attribuer une influence suffisamment vaso-constrictive. Peut-être les expérimentateurs de l'avenir établiront-ils l'existence, dans ces végétaux, d'une substance âcre, d'un acide, d'un alcaloïde, que sais-je? qui complète l'action du tannin et est, en outre, oxytocique.

L'ortie brûlante, le thlaspi bourse-à-pasteur, le chardon-Marie, la prêle des marais, toutes plantes de notre pays classées parmi les astringentes, sont des antimétrorragiques efficaces.

1° La tige, les feuilles oblongues, ovales, dentelées de l'ortie brûlante ou petite ortie, ses fleurs qui s'épanouissent de mai à octobre, recèlent un suc qu'on obtient en les écrasant toutes fraîches, à l'aide d'un pilon, dans un mortier. D'ordinaire on donne trois jours de suite 100 grammes de ce suc le matin, 100 grammes le soir; le second jour la perte est déjà diminuée de moitié; le quatrième jour on peut cesser le traitement.

Plus commode est la décoction, ingérée froide, de tiges et feuilles fraîches ou sèches ou de feuilles seules (30 à 60 gr. pour un litre d'eau — un verre toutes les deux heures), ou de feuilles et de fleurs (30 gr. des premières, 50 grammes des autres) fraîches ou sèches, ou de fleurs (80 gr. pour 1000 d'eau).

Ces différentes préparations d'ortie brûlante occasionneraient par un long usage des douleurs d'estomac que l'on a cherché à éviter en faisant cuire la petite ortie avec la racine de grande consoude qui est plus mucilagineuse qu'astringente.

Pour prévenir les règles du milieu du mois et les ménorragies chlorotiques, pour triompher à la longue des métrorragies de la ménopause et de celles provoquées par les corps fibreux, donnez matin et soir, pendant les périodes intermenstruelles, une seule cuiller à bouche de suc, ou la décoction à 30 grammes de feuilles ou à 40 grammes de fleurs pour un litre d'eau. Nous revenons, pendant l'écoulement, aux doses précédentes plus élevées.

2° L'analyse n'a révélé dans le thlaspi bourse-à-pasteur — cette crucifère des murailles — que très peu de tannin; et, cependant, il est antimétrorragique au premier chef, grâce, je suppose, à son huile essentielle et à sa résine. On s'en sert en suc, en tisane, en vin, en bière, en teinture.

D'une saveur amère marquée, le suc est tiré de la plante fraîche — tige, feuilles et même fleurs — écrasée dans un mortier; dose : 50 à 60 grammes le matin, autant le soir.

La tisane est une décoction, deux heures durant, en vase de terre clos, de 100 grammes d'herbe fraîche dans un litre d'eau, à prendre, froide, par tasses dans la journée; j'ai dit : d'herbe fraîche, parce que la dessication enlève à la bourse-à-pasteur une partie de ses propriétés médicinales.

Le vin de thlaspi (un verre à bordeaux quatre fois par jour) est à 180 grammes d'herbe fraîche macérée pendant une semaine dans un litre de vin.

La bière au thlaspi est la macération pendant six jours de 500 grammes de plante récente dans deux litres de bière du commerce.

La teinture de bourse à-pasteur à l'eau de-vie (250 grammes d'herbe fraîche macérée pendant huit jours dans un demi-litre de marc : 60 à 120 grammes par jour) est une bonne forme du médicament.

Nous poursuivons par le suc, par la tisane, les hémorragies utérines profuses; nous gardons le vin, la bière, la teinture pour le traitement préventif intercalaire.

3° Le chardon-Marie est une synanthérée épineuse à la tige forte, aux grandes feuilles marbrées de blanc le long des nervures, aux fleurs rouges épanouies de juin à août, qui pousse sur les bords des chemins et dans les lieux incultes; on n'utilise que ses semences à titre d'antimétrorragiques. Lobach écrivait, en 1858, que dans tout l'arsenal thérapeutique on ne possède aucun agent qui puisse leur être comparé dans les cas de menstruation exagérée et de métrorragies chroniques, « vu que non seulement elles arrêtent immédiatement l'hémorragie, mais en préviennent le retour lorsqu'on les administre d'une manière un peu continue ».

Est-il urgent de restreindre l'hémorragie? recourons à la décoction, refroidie, de 15 à 30 grammes de semences pour 180 grammes d'eau : une cuiller d'heure en heure ou chaque deux heures, et ainsi

Digitized by Google

pendant deux jours, s'il le faut. Poursuit-on un but prophylactique ? on conseillera trois fois VIII gouttes *pro die* d'une teinture à l'eau-de-vie au cinquième de semences de chardon-Marie que les ménagères auront en réserve.

4° P.-J.-B. Chomel a dit beaucoup de bien « dans le flux immodéré des mois » de la décoction de prêle des marais, équisétacée qui croît dans les prés humides, dans les fossés, autour des étangs : elle est redevable de ses bienfaits moins probablement à son tannin qu'à son acide citridique. Toujours est-il que j'ai vu le flux de sang s'arrêter dans des ménorragies chlorotiques, une fois dans une métrorragie menstruelle liée à un fibrôme après l'ingestion de la décoction refroidie d'une pincée (autant qu'on en saisit avec trois doigts) de l'herbe fraîche ou de 5 gr. de racine dans un bol d'eau. On pourrait, à défaut de la prêle des marais, se rabattre sur celle des champs qui me paraît cependant moins active. Séchez ces plantes à l'ombre et conservez-les pour les besoins de l'hiver.

Les vieilles sages-femmes parlent encore avec éloges de la tormentille et de la bistorte, très chargées de tannin dont elles associaient, dans les pertes, les rhizomes récoltés par elles (15 grammes de chaque pour un litre de décoction).

On a cru que la tisane de sommités d'une autre plante indigène tannifère, l'achillée mille feuille (15 à 30 grammes par litre) est antimétrorragique. Soulier conte qu'on la prescrit encore à Lyon comme telle. Mais Ronzier-Joly (de Clermont) a prouvé, il y aura tantôt quarante-cinq ans, que la mille-feuille est emménagogue tandis qu'elle réprime les écoulements sanguins hémorrhoïdaux. — Dr Liégeois.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

Quelles seront les fonctions du chef de la Fédération médicale ? Il aura fort à faire ; la gloire de son titre, il la paiera moyennant les marques d'une activité infatigable. Il aura tour à tour un rôle de conseiller, de défenseur, d'arbitre, de commandement. Au début et lors de l'installation, il révèlera le jeune homme à lui-même, cherchera à pressentir ses aptitudes et ses chances de fortune. A un œil scrutateur la besogne est aisée ; un diagnostic moral est vite établi. Un geste, une parole qui échappe, mettent sur la voie. D'après les signes d'intelligence et la tenue du caractère : vivacité, fermeté, aplomb, ou au contraire lenteur, hésitation, timidité, le Maître jugera. La ville ou la campagne conviennent-elles au débutant ? Court-il fortune de réussir à côté d'autres confrères, ou vaut-il mieux qu'il soit seul ? Le Maître connaîtra les postes médicaux, sera renseigné sur les vacances. Il formulera son avis ; émis en termes sympathiques, il sera pour l'ordinaire accueilli avec gratitude. Libre d'ailleurs à ce jeune homme d'en agir à sa guise ; il suivra ou non le conseil. C'est son affaire de le prendre comme il lui plaira. Une fois dans la carrière, le débutant pourra de temps à autre donner de ses nouvelles ; on lui viendra en aide, on prendra sa défense, si nécessaire ; les différends entre confrères seront soumis à un arbitrage et quand des politiciens se mettront de la partie et voudront faire parler d'eux dans les questions d'hygiène, on leur saura tenir la dragée haute. Qu'ils fassent de la politique et de la mauvaise, c'est leur métier. L'hygiène nous regarde, nous autres. Les politiciens n'ont qu'à exécuter nos ordres en ce qui touche les choses de la santé publique. Avant de s'engager, notre chef aura pris l'avis de ses confrères. Il formulera ses conclusions. Obéissez, messieurs les politiciens.

Voilà de multiples occupations. Notre grand Maître en viendra-t-il à bout ? On lui aidera naturellement. Les comités de province, les délégués de Paris devront plus d'une fois lui prêter main forte. Comment, ce sont là détails d'organisation intérieure qu'on arrangera par la suite. Aujourd'hui je ne plaide que pour le principe. Je vois entre nos mains une force sociale énorme et, faute de drainage et de direction, cette force reste perdue. C'est la mise en œuvre et la canalisation de cette force qu'il convient d'obtenir. Que nos confrères réfléchissent un instant ; qu'ils songent à leur puissance possible. Le jour où ils en auront le sentiment convaincu, un grand chemin sera parcouru. La force de chacun sera augmentée par la conscience qu'il aura conçue d'elle.

Voilà donc notre chef installé, son conseil en fonctions, les délégués nommés en province. Notre puissance ne deviendra redoutable qu'à condition qu'un ordre parti d'en haut reçoive son exécution stricte sur toute la partie du territoire intéressé. Les délégués de province, si le motif de leur intervention prend sa source dans une difficulté locale, en référeront à Paris et c'est de là-bas que partira l'impulsion. Car il ne faut qu'une tête aux groupements qui veulent conquérir le pouvoir : des avis trop multiples se neutralisent, se combattent, aboutissent au piétinement sur place. Ce n'est pas le parlementarisme que nous rêvons, mais la République médicale avec chef plébiscité par les membres de la corporation.

Le jour où notre organisation sera complète, voyez-vous le résultat ? Adieu les passe-droits et les abus actuels. On ne verra plus les sociétés de Secours Mutuels nous présenter leurs conditions. On leur imposera les nôtres. Un confrère en place ne pourra être remercié sans motif grave. Tant pis pour les imprudents qui se risqueront à cette besogne et chercheront à lui nuire ; ils ne trouveront personne pour le remplacer. Et ce sera partout ainsi : union et solidarité entre les membres de la Société, de telle sorte que l'atteinte portée à l'un des anneaux retentisse en vibrations prolongées sur l'étendue de la chaîne entière.

Quelques exceptions ou défaillances individuelles que nous pourrons rencontrer dans le corps médical, n'arriveront pas à entraver notre élan. Ceux qui résisteront et opposeront des procédés incorrects qu'ils se refuseront de répudier, se verront délaissés, et le mépris de tous retombera sur eux. Aujourd'hui la mésestime qui entoure les forbans de la médecine laisse ceux-ci assez froids ; ils n'ont à subir que les protestations ou le dédain de consciences éparpillées. Il n'en sera pas de même demain où le nom de tous les indignes sera placardé dans nos salles de réunion et envoyé aux comités de province, comme un signalement de malfaiteur poursuivi par la police. — C. F.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Indications de la ponction pleurale. — On a it que la ponction pleurale au cours de la pleuré- e séro-fibrineuse était le meilleur ou le pire des rocédés thérapeutiques.

Parfois elle est indiquée au point que l'abstention st la cause d'accidents immédiatement graves, plus ouvent encore la cause d'une prolongation nuisible e la maladie, voire même de la production de lésions éfinitives de la plèvre et du poumon. Par contre, lle perd tout effet utile quand elle est suivie de la production rapide de l'épanchement. Enfin, dans autres cas, elle peut soit provoquer des accidents raves, soit exercer une influence défavorable sur la arche des lésions pulmonaires préexistantes ou oncomitantes.

La plus grande partie de ces inconvénients et de ces angers seraient évités si l'on connaissait une règle récise fixant les deux points suivants : Quand faut-il onctionner ? — Quelle quantité de liquide faut-il tirer ?

On résoud actuellement la première question de la anière suivante : Il faut ponctionner dans trois onditions : 1° Quand quelle que soit l'époque de la eurésie, quelle que soit la quantité du liquide, il y a s symptômes respiratoires ou circulatoires telle- ent marqués, qu'on puisse craindre pour la vie du alade. C'est la ponction d'urgence très rare et à quelle on n'aura recours qu'après emploi de tous s autres moyens thérapeutiques, alors qu'on a pour nsi dire la main forcée ; 2° quand, même au cours la période aiguë, et le malade ayant encore de la mpérature, l'épanchement atteint environ 2 litres; faudra donc évacuer un épanchement pleural uche, quand le Traube n'est plus sonore, quand la atité et l'absence des vibrations remontent en rière jusqu'à l'épine de l'omoplate, quand il y a de submatité de la région claviculaire, quand le aximum du bruit systolique cardiaque s'entend au rd droit du sternum. Il faudra de même évacuer épanchement pleural droit quand la matité et bsence des vibrations remontent en arrière jusqu'à pine de l'omoplate, quand il y a de la submatité la région claviculaire, quand le foie est abaissé, and le maximum du bruit systolique cardiaque ntend sur la ligne axillaire ; 3° il faudra ponction- r encore quand, la période aiguë ayant pris fin, la vre étant tombée (en général à la fin de la troi- me semaine) l'épanchement, ayant diminué ou n, reste stationnaire, nullement influencé par les ulsifs locaux.

Mais à quel moment doit-on s'arrêter dans l'évacuation du liquide?

Les avis sont différents : Dieulafoy veut qu'on ne dépasse jamais un litre en une seule séance; Potain fixe la quantité à évacuer à la moitié de la quantité totale présumée de l'épanchement, ce qui revient à peu près au même. D'autres attachent plus d'importance à la vitesse de l'écoulement qu'à la quantité évacuée et conseillent de ne pas dépasser une vitesse d'évacuation de 1 litre par 10 minutes. En réalité tous ces chiffres absolus sont purement arbitraires et ne tiennent aucun compte des particularités de chaque cas qui sont évidemment en rapport avec l'état du poumon sous-jacent à l'épanchement, la facilité avec laquelle le poumon cède à l'appel exercé sur lui par l'évacuation du liquide, ou au contraire la violence qu'il en éprouve.

Or il est actuellement deux manières de connaître la façon dont se comporte le poumon sous jacent à l'épanchement et la plus ou moins grande facilité avec laquelle se vide la plèvre :

La première manière consiste à analyser les sensations éprouvées par le malade, la ponction devant être suspendue ou terminée dès qu'il accuse des sensations de gêne, d'oppression ou de tiraillements.

La seconde manière consiste à se servir d'un appareil spécial « le siphon du professeur Bard, de Genève » qui renseigne sur la tension du liquide pleural. Cet appareil se compose d'un trocart fait d'une seule pièce pour éviter les mal-joints et d'un calibre intérieur de deux millimètres et demi ; de l'emprise latérale de la canule part un tube de caoutchouc souple de 1 mètre de long, aboutissant à un tube de verre gradué en centimètres, long de 0,25 centimètres environ et d'un calibre intérieur égal au calibre de la canule. Pour se servir de l'appareil on immerge l'extrémité du tube de verre dans un récipient rempli de liquide, afin qu'après la pénétration du trocart dans la plèvre et l'ouverture du robinet, le liquide empêche l'ascension et la pénétration de l'air en cas de pression négative. Normalement la pression étant positive, le liquide pleural s'engage de haut en bas dans le tube et amorce bientôt le siphon. Après avoir laissé écouler quelques gouttes de liquide pour parfaire l'amorçage du siphon, on redresse le tube de verre et on l'applique le long du thorax du malade, vertical et croisant le trocart. On note alors par rapport au niveau correspondant au trocart les oscillations extrêmes de la colonne liquide sous l'influence des mouvements respiratoires calmes et tranquilles. Dans les conditions indiquées on observe le plus souvent des

Digitized by Google

oscillations de 5 à 6 centimètres d'amplitude allant de + 2 à + 8. On abaisse alors le tube de verre et on laisse s'effectuer l'écoulement jusqu'à ce que le tube de verre, plusieurs fois redressé pour être consulté, finisse par donner des oscillations entre — 1 et — 6. A ce moment, il est bon de cesser l'évacuation, car la pression intra-pleurale à la surface du liquide restant a repris à peu près la valeur physiologique du vide intra-pleural, valeur qui paraît être le point optimum pour l'évolution ultérieure favorable de la maladie.

On pourrait, avec cet appareil, obtenir des oscillations s'étendant entre — 9 et — 15, mais cette limite est beaucoup trop basse ; il faut se garder de l'atteindre. Les causes d'erreur qu'il faut savoir éviter dans l'emploi du siphon sont : l'introduction d'une bulle d'air qui fausse le niveau du liquide ; il suffira, en mettant le tube de verre en bas, de laisser s'écouler le liquide qui entraînera de lui-même la bulle d'air introduite — les irrégularités et exagérations de niveaux résultant des efforts de toux ou des respirations anormales chez des malades pusillanimes qu'il faudra calmer — l'immobilité de la colonne liquide due à l'application du poumon sur l'orifice interne de la canule ; il suffit alors de retirer légèrement la canule pour voir le niveau descendre et les oscillations reprendre leur régularité. Ainsi le siphon du professeur Bard fournit un moyen simple de pratiquer la thoracentèse avec plus de sécurité et avec des résultats plus favorables que ceux que l'on peut obtenir avec les appareils aspirateurs. R. B.

Le thiocol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Vogt attire l'attention sur un nouveau dérivé du gaïacol, l'orthosulfo-gaïacolate de potassium ou thiocol. C'est une poudre blanche, légèrement amère, soluble dans 4 parties d'eau, et contenant 52 0/0 de gaïacol (*Soc. de thérap.*, déc.).

De même que la créosote et ses dérivés, le thiocol exerce une action spéciale sur les lésions pulmonaires, diminue les sécrétions bronchiques ; toutefois il ne fait pas disparaître les bacilles des crachats. Ce médicament est facilement supporté par les malades, et peut être administré à la dose de 2 gr. par jour, en 4 fois, dissous dans l'eau sucrée.

Action inverse du salicylate de soude au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Si le salicylate de soude semble bien être le remède spécifique du rhumatisme articulaire aigu, son action sur la température est encore très discutée. La grande majorité des auteurs admet pourtant que c'est un antithermique, un antipyrétique assez puissant. Quelques-uns prétendent que les observations sont contradictoires ; il y aurait tantôt élévation, tantôt diminution de la fièvre. Enfin, pour d'autres, il n'agirait pas sur la courbe thermique.

Quoi qu'il en soit, on a vu une dose du médicament, au lieu de faire tomber la température, occasionner une poussée fébrile. C'est ce qu'on appelle l'action inverse, paradoxale du médicament. M. Cahen en rapporte l'exemple suivant (*Soc. de thérap.*, janvier) :

Un rhumatisant porteur d'un exanthème prend deux fois du salicylate de soude. Une première fois, en trois jours, il en absorbe 16 gr. sans que la température se modifie. En raison d'une légère albuminurie concomitante, on cesse le salicylate ; aussitôt la fièvre tombe ; 4 jours après, on prescrit de nouveau le salicylate. Il en prend 6 gr. le premier jour ; aussitôt la température s'élève, sans qu'aucune complication viscérale ou autre soit survenue. On continue le salicylate trois jours encore ; la fièvre reste élevée ; puis on le supprime. Immédiatement la température baisse pour ne plus se relever.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du redressement de la gibbosité dans le mal de Pott et du traitement opératoire de la paraplégie. — Ce sont deux questions très importantes dans le traitement du mal de Pott : le Dr Rozoy vient de leur consacrer une étude des plus intéressantes (*Th. Paris*, 1901).

Le redressement brusque de la gibbosité sur lequel on avait fondé de grandes espérances lors de son apparition, est actuellement abandonné par tous les chirurgiens, y compris Calot lui-même. Beaucoup sont restés partisans du redressement lent et progressif par étapes successives au moyen de machines à extension diverses, avec ou sans chloroforme. Dans les cas de paraplégie récente, de gibbosité non ankylosée, ce traitement semble indiqué ; dans les cas de gibbosité ankylosée, il corrige encore les déviations.

Malheureusement il n'existe pas d'observation de résultat définitif vraiment probant, et presque tous les auteurs s'accordent à dire que les radiographies ne prouvent rien, et la plupart doutent de la possibilité de la consolidation ou, s'ils l'admettent, ils n'en donnent aucune preuve, car personne n'a encore pu montrer le rachis consolidé d'un malade antérieurement redressé. Au contraire, toutes les autopsies faites jusqu'à ce jour ont prouvé l'absence de consolidation.

Dans la paraplégie pottique comme dans les cas de maux de Pott ordinaires, la mortalité est plus grande chez les adultes que chez les enfants ; et cette mor-

Digitized by Google

lité est d'autant plus grande que le siège est plus ɔvé. Il est très difficile de préciser l'époque où ɔn devra intervenir, car jusqu'ici il n'est nullement ouvé qu'une époque soit meilleure qu'une autre. existe des contre indications cependant, telles que ıutres lésions tuberculeuses, des eschares séuses, la fièvre hectique, et encore cette dernière ɔst-elle pas une contre-indication pour tous les irurgiens.

De toutes les opérations, la costo-transversecnie paraît être celle qui a donné les meilleurs ıultats, mais il ne faut pas oublier qu'à la suite, fistule peut rester de longues années sans se ·mer.

En somme, dans la paraplégie pottique le traiteɔnt opératoire ne donne pas de meilleurs résultats e le traitement médical. Tandis que par ce derɔr ou la simple abstention, 40 0/0 guérissent après ıs ou moins de temps, et qu'un grand nombre ıt améliorés, le traitement opératoire donne mme résultat très peu de guérisons. des améliolions la plupart passagères qui n'empêchent pas reste les malades de mourir dans une forte prortion de 60 à 70 0/0, qui doit être encore plus nde que ne le donnent les statistiques, tous les défavorables étant moins souvent publiés que autres.

C'est pourquoi Rozoy pense que le redressement les opérations resteront des traitements d'excepn applicables dans un très petit nombre de cas, ıis ne seront jamais une méthode générale de trainent; le repos et l'immobilisation sont encore et ıjours le seul traitement efficace et de la gibbo-ɔ et de la paraplégie. — J. H. M.

DERMATOLOGIE

rritation gingivale comme point de départ la pelade. — Deux théories ont été proposées ır expliquer l'apparition de la pelade. La plus andue considère la pelade comme une *maladie ·asitaire* dont le germe n'est pas encore nettement ıis, malgré Vaillard et Vincent qui ont découvert microcoque dont les amas seraient acccumulés ·e le bulbe et le follicule, malgré Sabouraud qui ouvé récemment un nouveau parasite de la pelade. ;e théorie parasitaire a pour elle les épidémies de ıde dans les collèges, les casernes, la transmisı possible par des objets de toilette. La seconde ɔrie considère la pelade comme une *trophonése* ; l'observation journalière montre l'influence tempérament nerveux, des émotions, des excès travail intellectuel sur le développement de cette alopécie. La présence d'une grande plaque unique au lieu de plusieurs, la symétrie de la lésion peut plaider encore en faveur de la seconde opinion.

C'est avec cette manière de voir que M. Jacquet, qui avait déjà étudié les troubles urologiques (oligurie, hypophosphaturie, hyperchlorurie) chez les peladiques, a présenté récemment (*Soc. Derm. Syph.*, décemb. 1901) une observation d'irritation gingivale comme point de départ de la pelade. Il s'agit d'une demoiselle qui présentait en janvier 1901 : 1° une aire nettement peladique d'une pièce de 2 francs à la partie latérale de la nuque gauche : 2° une erythrose auriculo-faciale gauche ; 3° une hypertherмie auriculo-faciale gauche ; 4° une hyperesthésie latente du facial du côté gauche ; 5° l'éruption, tardive d'ailleurs, de la deuxième molaire inférieure gauche, à moitié recouverte encore par la gencive.

Le traitement appliqué au début de mois de mai fut le suivant : sur la plaque de pelade : massage répétés et frictions excitantes ; libération de la dent au galvano-cautère. Voici quels ont été les résultats : Pendant les 15 premiers jours : extension de la plaque de pelade qui a bientôt doublé de surface, erythrose bilatérale, douleurs spontanées et provoquées par le contact bilatérales aux points d'émergence du trijumeau ; gingivite provoquée par la brûlure. A partir de la 3e semaine régression de la plaque (qui est guérie complètement le 9 novembre) ; les phénomènes réactionnels de la gencive se calment, les douleurs spontanées ont disparu, la sensibilité est normale à la pression des deux côtés. M. Jacquet conclut de ces faits que dans le cas particulier l'évolution dentaire a été le point de départ de la pelade ; l'éruption dentaire a provoqué une série de troubles à distance, de troubles réflexes parmi lesquels la pelade se trouvait.

On voit donc qu'à côté du traitement classique de la pelade que l'on doit toujours régulièrement instituer : épilation de la périphérie de la plaque ; coupe à ras de tous les cheveux ; lotion de toute la tête avec une solution de sublimé à 1/1000 ; traitement de la plaque même par des massages et des frictions excitantes par exemple avec le mélange de Besnier :

Acide acétique.....	1 gramme
Chloral.....	3 —
Ether.....	30 —

traitement général par les douches sulfureuses et les toniques internes, on pourra aussi dans certains cas bien déterminés essayer de faire disparaître des phénomènes reflexes de voisinage peut-être susceptibles de contribuer à la persistance de la pelade. — R. B.

Traitement du lupus tuberculeux de la face par la photothérapie. — Il résulte des nombreuses expériences cliniques du Dr Leredde, que, de toutes

Digitized by Google

les méthodes actuelles proposées pour le traitement du lupus tuberculeux de la face, la méthode de Finsen est celle qui donne la proportion de guérisons la plus élevée. Cette supériorité de la photothérapie se comprend facilement si l'on étudie son mode d'action profonde sur les tissus. Au point de vue esthétique, elle donne les meilleurs résultats, ses cicatrices ne s'accompagnant d'aucune difformité.

La photothérapie est indolore ; sa durée peut d'une façon moyenne être considérée comme plus courte que celle de toutes les autres méthodes curatives, sauf l'ablation.

Néanmoins, étant donnée l'installation spéciale qu'elle nécessite, le médecin est autorisé à recourir d'abord aux scarifications et aux galvano-cautérisations, méthodes plus simples et applicables en toutes circonstances. Si, après deux ou trois mois, ces traitements ont échoué, on devra recourir à la photothérapie. Mais il faut bien savoir que l'usage prolongé du scarificateur ou des cautérisations produit un tissu scléreux, dense et irrégulier qui sera un obstacle à la pénétration des rayons chimiques, lorsqu'on se décidera à les appliquer. (*Soc. de thérap.*, Janvier).

GYNÉCOLOGIE

L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. — Cette méthode toute récente, appliquée tout d'abord en Amérique en 1892, a été l'objet d'un nombre considérable de travaux ; le Dr Delage vient d'étudier à nouveau cette opération, en s'appuyant sur un grand nombre d'observations de malades suivies et revues (*Th. Paris*, 1901). Après avoir étudié les vaisseaux génitaux, réduits aux trois pédicules utéro-ovarien, utérin, funiculaire, qu'il faut lier séparément, ce qui fait trois ligatures de chaque côté, l'auteur compare l'oophorosalpingectomie, l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale.

Cette dernière offre, d'après lui, de nombreux avantages ; elle évite la méprise sur la bilatéralité des lésions, permet dans certains cas de pratiquer des opérations conservatrices sur la trompe ou de conserver tout ou partie d'un ovaire ; c'est une opération bien réglée, facile, sans la moindre hémorragie ; grâce à l'hémostase préventive, on voit ce que l'on fait. Elle permet d'enlever tous les organes malades, de pratiquer un véritable évidement pelvien, d'enlever l'appendice lorsqu'il est malade, d'éviter la blessure des organes voisins adhérents aux masses inflammatoires et de réparer sur le champ ces blessures si elles se produisent. Grâce à la péritonisation on évite les occlusions intestinales, le suintement sanguin et la résorption des produits septiques au niveau des surfaces autrefois à vif, surtout dans l'hystérectomie vaginale.

Les chances d'infection sont minimes grâce à l'isolement du champ opératoire ; le drainage est plus facile et plus méthodique que dans l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale est donc l'opération de choix ; Delage la décrit tout au long, passant en revue les divers procédés d'hystérectomie totale, insistant particulièrement sur l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, telle que la pratique Terrier. Il en donne la technique et énumère les soins pré- et post-opératoires.

Il conclut en faveur de tout procédé où l'ablation de l'utérus, précédant celle des annexes, permettra l'ablation facile des masses annexielles de bas en haut, et de l'hystérectomie supra-vaginale. La totale ne serait indiquée que dans les cas très suppurés où l'on veut établir un drainage vaginal ou abdomino-vaginal.

Opothérapie ovarienne. — L'opothérapie ovarienne est un moyen de traitement mis en usage depuis trop peu de temps pour que les résultats obtenus soient acceptés sans conteste, et que les indications et contre-indications paraissent définitivement posées.

Cependant MM. Dalché et Lépinois ont montré que certaines femmes bénéficient particulièrement de ce médicament, telles sont les malades atteintes des accidents de la ménopause, des troubles utérins, de chlorose, de dystrophie ovarienne avec syndromes basedowiforme ou pseudo-myxœdème. (*Soc. de thérap.*, 18 déc.)

Ces auteurs ont trouvé une application nouvelle de l'opothérapie ovarienne au traitement d'une affection fort rebelle : le rhumatisme chronique déformant.

Depuis longtemps, en effet, on a signalé les relations du rhumatisme chronique déformant avec les maladies génitales et les troubles de la menstruation. La dysménorrhée, l'aménorrhée, les métrorrhagies et surtout la grossesse se trouvent souvent à l'origine du rhumatisme chronique. Il était donc tout indiqué de rechercher si cette affection ne serait pas favorablement modifiée par l'ovarine.

Ils ont constaté que certaines malades, atteintes de rhumatisme chronique osseux, à la suite de ce traitement, ont accusé une diminution des phénomènes douloureux, sans que toutefois les lésions osseuses aient présenté de changement dans leurs déformations et leur volume. Plus l'affection était encore proche

Digitized by Google

de son début chez des femmes jeunes ou traversant la ménopause, plus la diminution des douleurs a été manifeste. Par contre, l'ovarine n'a eu aucune efficacité chez des femmes ayant passé la ménopause depuis longtemps.

La poudre d'ovaires a été administrée sous forme de capsules dont chacune correspondait à 10 centigr. de principe actif sec, ou 50 centigr. d'organe frais. La dose de ces capsules a été régulièrement de 6 par jour, quantité correspondant à deux ovaires de brebis.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A partir d'aujourd'hui, pour être agréable à nos lecteurs qui nous l'ont demandé, nous ferons paraître sous le nom de « Bulletin de la Semaine » toutes les nouvelles scientifiques importantes des huit derniers jours. Pour cela, nous nous sommes assuré le concours d'un dévoué collaborateur qui donnera, en quelques lignes, la primeur des communications importantes des diverses Sociétés savantes, ce qui ne nous empêchera pas, la semaine suivante, de faire *toujours au point de vue pratique*, d'après les Bulletins officiels de ces Sociétés, le compte-rendu de ces diverses communications. De la sorte, nos lecteurs auront à la fois la *rapidité* et *l'exactitude* des informations, et nous ajoutons encore et toujours : au point de vue pratique.

Car, nous ne voulons jamais oublier notre but et notre devise des premiers jours : *De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.* D'autre part, notre publication veut aussi rester le journal d'actualité par excellence, et l'on sait ce que j'entends par là : *L'actualité n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours, elle est ce qui se fait tous les jours dans la pratique médicale.*

Voilà déjà une première amélioration, et il y en aura d'autres...

Malheureusement, nous ne pouvons donner satisfaction à tout le monde. Un certain nombre de lecteurs (175 qui nous ont répondu à ce sujet sur près de six mille) nous ont demandé de leur fournir le journal, *coupé*. Pour leur être agréable, nous avons procédé à cette petite modification dans les premiers numéros de l'année Or, nous avons reçu un assez grand nombre de réclamations à ce sujet ; beaucoup de lecteurs se plaignant au contraire de recevoir le journal coupé, « ce qui occasionne un retard dans la réception du journal, et ce qui peut permettre à des indiscrets de le lire avant eux. » Dans ces conditions, il nous a semblé qu'il était préférable de rester dans le *statu quo* à ce sujet, d'autant plus qu'il suffit d'une simple carte de visite pour couper son journal.

Enfin, j'ai reçu beaucoup de lettres au sujet du concours du journal des Praticiens. Je réponds à quelques questions : 1° Les travaux non récompensés ne seront pas rendus ; mais les auteurs pourront toujours garder un double exemplaire chez eux ; 2° Nous demandons surtout des travaux de *clinique* ou de *thérapeutique clinique*, et nous engageons les auteurs à ne pas nous adresser des travaux qui ne seraient pas appuyés sur des faits bien observés, pas plus que des travaux appuyés sur de simples formules ou associations médicamenteuses dont la valeur pratique ne peut être démontrée.

Cela dit, je laisse la parole à notre nouveau collaborateur. — H. Huchard.

Académie de médecine. *Séance du 4 Février.* — Séance d'élection : une élection de membre associé libre. M. Galippe a été élu par 58 voix sur 96 votants.

Les autres candidats étaient : MM. Hamy, Commenge, Kermorgant, de Fleury, Voisin. Nous n'avons rien à redire à ces choix qui sont fort heureux. Qu'on nous permette toutefois une observation. Elle a trait au mode de classement des associés libres. La commission chargée de ce soin ne fonctionne que pour une élection. A l'élection suivante, c'est une autre commission tirée au sort qui s'installe à son tour. Les jugements portés de la sorte par des arbitres chaque fois différents peuvent fort bien ne pas correspondre : un candidat classé un jour, court fortune d'être évincé le lendemain. Des noms sympathiques à la fois et particulièrement méritants risquent ainsi d'être biffés, à la grande surprise du public. Prenons un exemple : M. Galezowski, dont les ouvrages sont universellement répandus et témoignent d'une haute entente dans le domaine spécial qui est sien, après avoir figuré sur trois listes de classement antérieures, est absent de celle-ci. Pourquoi cette élimination ? Le public s'étonne à bon droit. Comment ! pour toute autre élection, une commission une fois nommée reste définitive ; les mêmes juges continuent de siéger. Et quand il s'agit de voter pour un associé libre, ils sont renouvelés chaque fois. Dans pareil procédé se glisse une façon d'anomalie qu'il suffira de signaler pour que l'Académie, nous l'espérons, s'en préoccupe et prenne à cœur d'y mettre fin, moyennant une unification bien entendue du règlement. D'autres noms que celui de M. Galezowski attendent encore leur tour : celui de M. Capitan figure dans le nombre. C'est là une figure intéressante. M. Capitan, à ses mérites de médecin, joint le talent d'un anthropologiste de premier ordre. Il est juste que l'Académie ne le laisse pas trop longtemps attendre. Il tiendra dans notre première assemblée une place originale, étant un des seuls à parler avec compétence sur les problèmes qui intéressent les origines de notre espèce.

Une seconde élection a suivi. Il s'agissait de nommer un correspondant national dans la section de médecine vétérinaire. M. Neumann, de Toulouse, a été élu par 53 voix sur 71 votants.

Après quoi l'Académie s'est réunie en comité secret.

K. C.

Hopital Necker. — M. H. Huchard, commencera ses conférences de clinique thérapeutique et de thérapeutique physiologique, avec présentation de malades, le *vendredi 11 février, à 10 heures très précises*, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Gazette des maladies infantiles. — M. le Dr Henri Gillet prend la rédaction en chef de la « Gazette des maladies infantiles ». Toutes nos félicitations. Mais il reste toujours notre collaborateur, ce dont nos abonnés se réjouiront avec nous.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement du pied-bot. — M. Lucas-Championnière propose une nouvelle méthode de traitement de cette difformité, basée sur 31 observations, et consistant dans l'ablation de la totalité des os du tarse, sauf la partie postérieure du calcanéum, jusqu'à ce que le pied ait été redressé, sans immobilisation ni appareil orthopédique. Il présente un homme de 30 ans, opéré il y a un an, et marchant facilement.

Injections préventives de sérum antidiphtérique. — M. Netter. Nous avons pratiqué, à l'hôpital Trousseau, des injections préventives de sérum antidiphtérique à 502 enfants appartenant à 200 familles dans lesquelles il y avait eu un premier cas de diphtérie envoyé dans notre service.

Ces injections, à la dose habituelle de 500 unités, n'ont présenté aucun inconvénient. Elles ont été très efficaces ; 13 enfants seulement ont été pris, 7 dans les vingt-quatre heures, 6 après un mois. Il n'est survenu aucun cas pendant la période qui va du deuxième au ving-huitième jour.

L'examen bactériologique de la gorge de 476 de ces enfants a montré 150 fois le bacille de Lœffler.

L'utilité des injections chez ces enfants ressort bien nettement si l'on compare leur sort à celui de 491 enfants non immunisés, appartenant à des familles ayant également envoyé des enfants diphtériques à l'hôpital.

Dans ce groupe il y a eu 87 cas secondaires répartis entre 69 familles ; et, sur ces 87 cas, 38 graves ayant donné 18 morts.

La proportion des familles atteintes a été de 34,5 ; celle des enfants atteints de 17,7 ; celle des diphtéries graves de 7,74 ; celle des diphtéries mortelles de 3,66.

Si la proportion avait été la même chez les non inoculés, on aurait eu :

86 familles	au lieu de	13,	soit	73	de plus.
89 enfants	—	13	—	76	—
39 diphtéries graves	—	0	—	39	—
18 diphtéries mortelles	—	0	—	18	—

Les injections préventives ont donc sauvé 18 existences, préservé 76 enfants et 73 familles.

Dans les familles non inoculées, les cas survenus dans les vingt-quatre heures ont été au nombre de 8 ; après vingt-huit jours ils ont été de 7 ; total : 15, chiffre sensiblement le même que dans le groupe des enfants inoculés.

L'injection préventive exerce une action atténuante très nette chez les enfants atteints en dépit de l'immunisation. En effet, sur 13 enfants immunisés atteints soit dans les vingt-quatre heures, soit après vingt-huit jours, nous comptons : 4 diphtéries insignifiantes, 6 légères, 3 moyennes.

Chez les 15 enfants non inoculés atteints dans les vingt-quatre heures ou après vingt-huit jours, il y a 3 diphtéries légères, 6 moyennes, 2 graves guéries, 4 mortelles

La proportion des cas légers est, chez les immunisés, de 77 %, et chez les non inoculés, de 20 % ; celle des cas graves est, chez les immunisés, de 0, et chez les non inoculés de 40 % (*28 janvier*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Localisation du bacille d'Eberth chez les typhiques au niveau d'organes préalablement lésés — M. Widal. Nous avons montré qu'une tare, même minime, telle que celle produite par une injection sous-cutanée de sérum artificiel, pouvait favoriser la fixation des bacilles d'Eberth charriés par le sang, au cours de la fièvre typhoïde. Dans la convalescence de cette affection, nous avons observé chez deux malades des foyers de suppurations au niveau de lésions anciennes (adénite sous-maxillaire dans un cas, kyste de l'ovaire dans l'autre); ces foyers contenaient de nombreux bacilles d'Eberth.

Ces localisations infectieuses ne sont pas l'effet du pur hasard ; elles doivent être le plus souvent régies par des conditions anatomiques ou humorales qui échappent encore à l'observation clinique.

Pyo-pneumothorax de nécessité. — M. Galliard. Dans les cas de pyo-pneumothorax, on voit parfois des téguments de la paroi thoracique soulevés par un mélange de pus et de gaz, spontanément issu de la plèvre après perforation, sur un point faible, et ayant franchi la barrière des muscles intercostaux. On doit dire alors qu'il y a *pyo-pneumothorax de nécessité*.

Lorsqu'on constate, au niveau d'un espace intercostal, une poche fluctuante et réductible, avec crépitation si cette poche est petite, avec clapotis ou gargouillement si elle est volumineuse, le diagnostic est facile On ne peut guère confondre le pyo-pneumothorax de nécessité qu'avec les abcès gazeux secondaires à la rupture des cavernes pulmonaires adhérentes à la paroi thoracique. Quant au phlegmon septique emphysémateux qui complique les pleurésies putrides, il est facile à reconnaître ; il succède d'ailleurs, en général, à la thoracentèse.

Lorsque la poche fluctuante et réductible se montre sans crépitation ni clapotis (ce qui arrive surtout quand elle est petite et bas située), on peut songer au vulgaire empyème de nécessité. Mais il faut savoir qu'en faisant varier les positions du malade, on parvient presque toujours à amener dans l'abcès assez de gaz pour préciser le diagnostic.

La difficulté de diagnostic existait chez la femme âgée de soixante-sept ans, phtisique, dont je relate ici l'observation.

Elle avait une petite saillie fluctuante et réductible, sans crépitation, au niveau du cinquième espace droit, en avant, sous la mamelle. Comme j'avais la notion du pyo-pneumothorax anté-

Digitized by Google

ident du même côté, je n'hésitai pas à affirmer le pyo-pneumothorax de nécessité. Et il ne fut pas nécessaire, pour justifier ion affirmation, de soumettre la patiente à des investigations que ın état d'extrême faiblesse rendait inopportunes. Au bout de nelques jours, l'abcès s'ouvrit spontanément, la collection pleuıle se vida complètement en dehors, les gaz de la plèvre s'échapèrent continuellement par la fistule jusqu'au moment de la mort ıl survint deux jours après la rupture.

L'autopsie montra, du côté droit, un pyo-pneumothorax presıe total (il y avait des adhérences du lobe inférieur au diaıragme et du sommet à la paroi thoracique). Le sommet droit ıntenait des tubercules ramollis et là se trouvait la perforation ılmonaire.

Quant au pus, examiné par mon interne, M. Maury, il conteıit des microbes variés : pneumocoques, streptocoques, staphycoques,

Névrite radiculaire survenant au cours d'une méninite cérébro-spinale. — M. Rendu. La méningite cérécro-spinale se complique assez fréquemment de paralysie ɔnt l'interprétation présente de réelles difficultés cliiques. Il est permis, en effet, de se demander si cette ıralysie est due à une destruction des cellules motrices ɔ la moelle, d'une poliomyélite localisée, ou d'une névrite ır propagation,

Telle est cette observation, rapportée par M. Rendu, ıns laquelle un jeune homme présenta, le quatrième jour une méningite cérébro-spinale, une paralysie du delïde. La localisation de la paralysie à un seul muscle, ıypéresthésie sur le trajet du nerf circonflexe, une sensilité spéciale à la pression de chaque côté des vertèbres ırvicales, au niveau d'émergence des paires rachidiennes, ontra qu'il s'agissait d'une névrite radiculaire, en rapɔrt avec l'inflammation des méninges et non d'un foyer ɔ myélite.

Présentation de malade. — M. Variot présente une ıfant de 9 ans, atteinte de paralysie labio glosso-larynıe, probablement liée à une lésion congénitale de l'écorce ırébrale. (*24 janvier.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Discussion sur le chloroforme. — M. Gérard Marant. Il est indispensable que nous soyons mieux prénus des dangers de la chloroformisation, car nous vivons ce sujet dans un optimisme qui ne répond pas à la réalité s faits. Depuis 1875, M. Gérard-Marchant a vu 7 morts ır le chloroforme : un chez Dolbeau en 1875, 4 chez ɔélat en 1884, et deux personnelles. Dans tous ces cas, il ıgit de mort par asphyxie, soit chez des malades affaiblis, it chez des sujets subissant une opération du voisinage ı poumon, ou en plein poumon.

Depuis qu'il a adopté l'éther, qu'il donne à doses disıntinues, le visage découvert et avec l'ouvre-bouche en ace, la langue saisie, il n'a plus de mort sur la table, ni ɔrès.

M. Chaput trouve que nous vivons dans une sécurité trompeuse à l'égard du chloroforme. Même en prenant les plus grandes précautions, il a eu des cas de mort chez des vieillards. L'éther lui a donné les mêmes revers. Actuellement, il emploie l'anesthésie mixte ; il commence par l'éthérisation, puis, lorsque le malade est endormi, il passe au chloroforme, de façon à éviter la syncope du début, et les chances de congestion pulmonaire.

A propos de la gangrène des fibrômes. — M. Bouilly. Il faut faire une distinction entre : 1° les troubles de nutrition dont peuvent être atteints les fibrômes utérins ; 2° les phénomènes d'infection simple ; 3° les fibrômes infectés compliqués de gangrène.

Il n'a jamais vu de fibrômes réellement inclus dans l'épaisseur de l'utérus qui aient été atteints de gangrène. Dans ces fibrômes on peut voir des troubles de nutrition avec quelquefois des thromboses vasculaires, mais ce n'est pas là de la gangrène. Les cas où l'on observe de la gangrène sont ceux dans lesquels on voit les fibrômes sous-muqueux qui s'énucléent et s'étranglent en passant au travers du col de l'utérus.

Gastro-entérostomie. — M. Chaput présente une femme de 47 ans à laquelle il a pratiqué le 25 novembre 1901, une gastro-entérostomie postérieure avec succès, pour un rétrécissement néoplasique du pylore.

BIBLIOGRAPHIE

La clinique allemande au début du XXe siècle. — Sous la direction de von Leyden et de Klemperer, paraissent une série de conférences sur les questions les plus importantes de la pathologie médicale et chirurgicale ; les savants les plus éminents de l'Allemagne et de l'Autriche se sont chargés de la mise au point de la question qui leur est la plus familière. L'ensemble de ces travaux sera une image de la « clinique allemande au début du vingtième siècle »,

Nous avons en main l'introduction, une leçon magistrale du Dr von Leyden sur l'évolution de la médecine allemande pendant le XIXe siècle. Vers 1800, la médecine était encore complètement sous la coupe de la philosophie naturelle de Schelling, et ce ne fut que sous la secousse des idées de la Révolution française que le charme tomba. Les écoles anatomiste (Morgagni), physiologiste (Magendie, Cl. Bernard, Helmholtz, Ludwig) et clinique (Laënnec, Corvisart) préparèrent l'avènement de l'organicisme, qui fu poussé à son plus complet développement par Virchow comme anatomiste, et par Traube comme clinicien. Cette investigation méticuleuse des lésions de chaque organe fit naître les spécialités: Helmholtz inventa l'ophthalmoscopie, Türk et Czermak la laryngoscopie. Enfin, vers la fin du siècle, survint la bactériologie avec Pasteur et Koch, qui créa tant de vues et de voies nouvelles, telles que l'antisepsie, la sérothérapie ; elle modifia aussi l'hygiène et la prophylaxie des épidémies, quoique von Pettenkofer en eût déjà posé les principes Enfin, l'opothérapie de Brown-Séquard clôt les initiations scientifiques du siècle.

Les progrès de la thérapeutique scientifique sont au moins égaux à ceux de la pathologie. Malgré toute leur valeur, les aphorismes de van Swieten ne pouvaient pas toujours rester la der-

Digitized by Google

nière conquête, et il fallait du progrès; or, l'homéopathie (Hahnemann, 1755-1843), la thérapeutique empirique (Rademacher), le magnétisme animal (Mesmer 1734-1815), l'hydrothérapie de Priesnitz étaient trop peu basées sur des notions scientifiques pour prétendre à autre chose qu'à des triomphes éphémères, suivis bien vite d'une réaction exagérée : c'est Dietl, de Vienne, qui mit en avant le nihilisme thérapeutique ; Schoenlein à Berlin était son émule ; il se vanta de sauver plus de fièvres typhoïdes avec la seule potion gommeuse, que ne le faisaient ses collègues qui employaient d'autres médicaments plus actifs. Traube et Frerichs prêtèrent plus d'attention aux médications : le premier étudia bien la digitale et montra ses précieuses qualités. Les recherches de Remak sur l'électrothérapie furent reçues avec beaucoup de méfiance. Ce ne fut que sous l'influence de Trousseau qui réclama l'association de l'art et de la science dans la thérapeutique, de Petersen de Copennague, de Lister, que la thérapeutique allemande évolua enfin franchement vers le progrès. Bientôt, la pharmacologie expérimentale vint à son secours, et l'industrie chimique, de plus en plus florissante, lui trouva coup sur coup de nouveaux médicaments à expérimenter : on vit successivement la morphine, la quinine, le chloral, le sulfonal, le trional, l'acide salicylique, l'antipyrine et leurs dérivés, s'imposer à l'attention des cliniciens. En même temps, l'étude des méthodes physiques fut reprise, celle de l'hydrothérapie par Winternitz, celle de l'électricité par Magendie, par Duchenne, par Remak, celle des régimes alimentaires par Leyden, celle de la gymnastique et du massage par Schreber, Lingg, Zander, celle de la photothérapie par Finsen. Enfin on comprit l'importance des soins accessoires à donner aux malades en dehors de la thérapeutique pharmaceutique, et cet art fut poussé à un haut degré de perfection tant en ville qu'à l'hôpital : les croix-rouges, les associations pour secours aux malades (Samariter-Vereine), les lois sociales contre l'invalidité et la vieillesse sont les plus beaux fruits de ce mouvement, dont la noble devise reste : *Salus ægroti, suprema lex.*

Nous félicitons M. le professeur von Leyden d'appartenir à un pays qui a produit une si vaillante phalange de travailleurs et qui a contribué si largement aux progrès de la médecine pendant le XIXe siècle. Nous le félicitons encore davantage d'avoir su rendre justice aussi à nos compatriotes dont nous sommes si fiers, et en particulier aux trois grands révolutionnaire scientifiques du XIXe siècle ; car, que serait la médecine, pouvons-nous dire avec M. Huchard, « sans Laennec, qui a conquis un monde, l'auscul-« tation ; sans Cl. Bernard, qui a exploré un monde presque « nouveau, la physiologie ; sans Pasteur, qui a découvert le grand « monde des infiniments petits et qui a marqué une ère nouvelle, « l'ère pastorienne, dans l'étude et la pratique de la science médi-« cale ? »

Les maladies infectieuses, par G. H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, membre de la Société de Biologie. 2 vol. gr. in-8° de plus de 1520 p. avec 117 fig. dans le texte. 28 fr.

Le nom de M. Roger à la tête d'un volume indique tout de suite l'esprit large dans lequel il est conçu. Mais comme cette largeur de jugement et de compréhension ne s'égare pas à l'aventure et s'appuie sur des faits précis minutieusement contrôlés, et dont le côté pratique est toujours mis en lumière, il s'ensuit que les ouvrages de M. Roger, tout en satisfaisant pleinement le savant et l'expérimentateur le plus difficile, sont lus et médités par le praticien, non sans qu'il retire de sa lecture toutes sortes d'avantages en vue de son instruction professionnelle et de ses connaissances pratiques. Les Maladies infectieuses, après l'étude des causes, des troubles, des lésions et des grands processus infectieux, consacrent plus de 200 pages à la thérapeutique et à l'hygiène. C'est une partie de l'ouvrage très soignée et c'est celle qui intéressera surtout les praticiens. — S. R.

Le traitement du Prostatisme (hypertrophie de la prostate) *à l'usage des praticiens*, par le Dr F.-P. Guiard, ancien interne des Hôpitaux. 1 vol. chez Doin. Prix 10 francs.

C'est à l'enseignement du professeur Guyon que doit être rapporté le principal mérite des notions contenues dans cet ouvrage, dit M. Guiard au début de son livre ; l'auteur est modeste, car sa part y est grande également dans l'exposé de cet ouvrage essentiellement pratique dans lequel il donne diverses notions relatives à l'hygiène, au régime, au cathétérisme, notions indispensables aux malades qui le plus souvent sont obligés de prendre une part active à leur traitement.

Le praticien trouvera dans ce livre, exposés avec les plus grands détails, les différents traitements à opposer aux accidents de l'hypertrophie de la prostate ; ce livre sera donc utile à tous, et surtout à ceux qui ne sont pas familiarisés avec la spécialité des voies urinaires.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Nous avons parcouru ces conférences. Elles sont fort bien faites et résument d'une manière concise et suivant des plans heureux à la fois et complets toutes les questions qui peuvent être données à l'Internat.

Précis de législation militaire (Guide administratif), à l'usage des Médecins de l'armée (active, réserve, territoriale et médecins auxiliaires), par A. Boisson, médecin-major de première classe, ancien répétiteur, major de l'Ecole du Service de santé militaire. 1 vol. in-18 colombier de 675 pages, cartonné toile avec 34 figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 8 francs.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 157, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le chloroforme chez les cardiaques

Par H. Huchard, *de l'Académie de Médecine* (1)

Souvent, les médecins sont consultés sur la ques-on de savoir s'il y a danger, lorsqu'on est atteint 'une affection du cœur ou de l'aorte, à se soumettre l'anesthésie chloroformique pour une opération hirurgicale. Il y a deux mois environ, j'avais fait art à mes deux collègues des hôpitaux, J. Lucas-hampionnière et Routier, de mon intention e soumettre cette question très pratique au jugement de l'Académie. La Société de chirurgie vient de ie devancer au sujet d'un cas de mort par le chloroforme observé chez une femme cachectique et très faiblie. Les faits de ce genre ont beaucoup de retentissement — peut-être un peu trop — ils entretiennent le doute, l'incertitude, même un certain découragement. Cet état d'incertitude doit cesser, et e voulant ni ne pouvant traiter la question aux lférents points de vue où elle est envisagée par le hirurgien, je resterai dans mon rôle de médecin, et répondrai à la question si souvent posée :

Un malade atteint de cardiopathie artérielle ou lvulaire, ou encore d'affection aortique, peut-il re sans danger anesthésié par le chloroforme ? (Je isse de côté l'éther dont je parlerai plus tard.

Pour bien indiquer, dès à présent, mon opinion rmelle à ce sujet, je réponds nettement : Oui, tous s cardiaques, mitraux ou aortiques, valvulaires ou tériels, qu'ils souffrent ou non de douleurs angiuses, peuvent être anesthésiés. Chez eux, l'anesthé-) chloroformique n'est pas plus dangereuse, elle est ème moins dangereuse que chez les sujets atteints autres affections et surtout de certaines affections lmonaires à type très dyspnéique. Je ne vois de ntre-indication que si le malade est en état d'asysie, de dyspnée toxi-alimentaire, ou encore s'il est instance d'œdème pulmonaire aigu. Encore, cette ntre-indication n'existe-t-elle que pour le présent, non toujours pour l'avenir. Tel asystolique peut e promptement amélioré par la médication digiique et subir sans aucun accident une opération irurgicale sous le chloroforme ; telle dyspnée toximentaire disparaît en moins de huit jours par le gime lacté exclusif, aidé du diurétique idéal, la obromine; et l'œdème aigu du poumon, ce dramaue syndrôme dont nous vous avons entretenus, il quatre ans, cède à une médication énergique, à ois curative et préventive.

Au sujet du chloroforme, je ne reprendrai pas la question physiologique si brillamment soutenue à la tribune académique, il y a onze ans, (1890-1891), par nos savants collègues Laborde et François-Franck ; je ne m'étendrai pas sur les causes de la mort par le chloroforme, sur son mécanisme par syncope respiratoire ou syncope cardiaque, sur le phénomène de l'arrêt de la respiration précédant presque toujours celui du cœur, ni même sur les moyens de prévenir les accidents par l'insensibilisation de la muqueuse pituitaire au moyen de badigeonnages cocaïnés (Laborde), ou encore par l'anesthésie préalable avec la morphine et l'atropine (Dastre) ou avec le bromure d'éthyle (Richelot). Encore une fois, c'est en simple clinicien que je veux aborder et traiter la question dont je me suis déjà occupé à plusieurs reprises, et je rappelle aussi à ce sujet les remarquables leçons de mon savant ami, le professeur Pouchet.

I. — *Chloroforme employé comme médicament dans les affections du cœur.* — Le chloroforme est si peu dangereux qu'on n'a pas hésité à l'utiliser dans le traitement des accès sténocardiques. Parmi les auteurs qui l'ont recommandé dans ces cas, il convient de citer Carrière d'abord, dès 1852, puis Friedreich, (d'Heidelberg), Balfour, (d'Edimbourg), enfin, Vergely, (de Bordeaux) (2). En arrêtant, dit ce dernier auteur, les excitations dont le plexus cardiaque est le siège et qui, en stimulant outre mesure les mouvements du cœur, menacent de l'arrêter, comme font les décharges électriques multipliées et rapides sur cet organe, l'anesthésique suspend l'excitation de la sensibilité ou tout au moins la modère et en évite les terribles conséquences. C'est là une théorie, mais la thérapeutique qui s'en inspire, a le tort de ne viser que la douleur et ne s'appuie que sur deux faits, tous deux terminés par la mort, et quoique l'inhalation chloroformique doive être très courte et « réitérée après deux ou trois inspirations à l'air libre », quoique Friedreich, de son côté, recommande de ne pas atteindre la narcose complète, j'estime que cette pratique peut être dangereuse entre des mains inexpérimentées, et cela pour des raisons indiquées plus loin ; elle est devenue bien inutile depuis que nous avons, dans les inhalations de nitrite d'amyle, un moyen bien plus rapide, plus sûr et plus inoffensif pour juguler en quelque sorte les plus sévères atta-

(1) *Académie de médecine* (séance du 16 février).

(1) H. Huchard. Leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux, 1889, pages 715-720. Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux, 2e éd. 1893, pages 679-681, 778. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, oct. 1901, et *Journal des Praticiens*, nov. 1901. — Pouchet. *Leçons de pharmacodynamie*, 1900.

(2) Carrière. Sur l'application des anesthésiques au traitement de certaines névroses des appareils respiratoire et circulatoire (*Bul. de thér.* 1852). Friedreich. *Traité des mal. du cœur.* Edit. française 1873. — Balfour. Upon angina pectoris and other forms of cardiac pains. (*Clin. lectures of the heart and aorta*, 1876). Vergely. Sur l'emploi du chloroforme dans les affections cardiaques. (*Soc. méd. des hôp.* 1880).

Digitized by Google

ques d'angine de poitrine. Quoi qu'il en soit, nous voilà déjà bien loin de l'opinion de quelques auteurs qui ont accusé le chloroforme de provoquer la dégénérescence graisseuse du myocarde, tandis que, dernièrement, Hare, (de Philadelphie) observait l'amélioration de l'état cardiaque consécutive à l'anesthésie chloroformique. (1). Suivant cet auteur, très peu de cardiopathes succombent à l'effet direct des agents anesthésiques ; ceux-ci, lorsqu'ils sont bien administrés, exercent plutôt une influence favorable. » Il n'y aurait guère de contre-indication que dans la dégénérescence du cœur. Nous reviendrons sur ce point.

II. — *Anesthésie chloroformique chez les cardiaques.* — Cette question a été envisagée différemment par les auteurs. Dès 1862, Denonvilliers (2) disait un peu vaguement que les maladies du cœur ne sont des contre-indications qu autant qu'elles sont très prononcées. On a vu, dit Wilhelm Koch, des malades atteints de dégénérescence graisseuse et et d'autres affections du cœur « supporter à merveille le chloroforme ».

Puis, sont survenues les restrictions, plus théoriques que pratiques, il faut bien le dire.

On a prétendu qu'un certain état de relâchement, de mollesse, de flaccidité du myocarde, par myocardite ou dégénérescence graisseuse, expose aux accidents chloroformiques en raison de l'irritation naso-laryngée retentissant sur un cœur dégénéré et incapable de supporter un choc réflexe. Or, ce réflexe naso-laryngé peut être évité par le procédé bien simple de la chloroformisation, goutte à goutte, dont nous reparlerons plus loin ; et d'autre part l'observation de tous les jours démontre que les cœurs profondément envahis par la sclérose, sortent presque toujours indemnes de la chloroformisation. On écrit que la dégénérescence graisseuse du cœur est une contre-indication presque formelle à la chloroformisation. Or, plusieurs médecins ou chirurgiens que j'ai interrogés sur le diagnostic de cette dégénérescence graisseuse, m'ont toujours répondu par des symptômes traduisant absolument ceux de la cardio sclérose ou de la sclérose cardio-rénale. Mais, pour cette dernière maladie, la contre-indication ne porte que sur l'état dyspnéique du sujet, et il est important de faire remarquer que, dans toutes les cardiopathies ou autres affections, c'est précisément cet état dyspnéique, beaucoup plus que l'imminence de l'hyposystolie, qui peut compliquer l'anesthésie chloroformique. C'est pour cette raison que celle-ci doit être particulièrement surveillée chez les gibbeux, chez les obèses et les polysarciques, chez les anévrysmateux, chez les cardio-scléreux, tant que persiste la dyspnée toxi-alimentaire, dans le rétrécissement mitral, cardiopathie dyspnéisante par excellence.

Dans tous ces cas, il n'y a pas une contre-indication absolue à la chloroformisation ; mais celle-ci, je le répète, doit être particulièrement surveillée, et quand un cardio-scléreux atteint de dyspnée toxi-alimentaire doit subir une opération dont l'urgence n'est pas absolue, je la fais différer de huit ou quinze jours pendant lesquels une médication active et sûrement efficace par le régime lacté absolu et la théobromine place le malade dans des conditions favorables à l'anesthésie.

On doit une mention spéciale à la symphyse péricardique, mais encore là, il y a une distinction clinique à faire : la symphyse péricardique limitée aux deux feuillets du péricarde sans adhérences externes, est une maladie le plus ordinairement latente, elle est presque toujours uue trouvaille d'autopsie, elle ne peut donc être une contre-indication à l'anesthésie chloroformique ; la symphyse péricardique avec médiastinite, symphyse à la fois interne et externe, expose souvent à la dilatation du cœur et des orifices, à l'insuffisance myocardique : elle peut s'accompagner d'une dypsnée particulière, et si la mort n'est pas à craindre sous le chloroforme pendant l'anesthésie, elle peut survenir quelques heures ou quelques jours plus tard, comme mon savant collègue et ami Duret (de Lille) m'en a cité deux exemples. Dans ces cas, « la dépression amenée par l'agent chloroformique s'ajoute à celle du choc opératoire pour affaiblir définitivement le cœur et l'arrêter. » Alors pour une opération faite dans ces conditions, s'impose de bonne heure et après elle l'indication d'une médication cardio-tonique.

On a fait une distinction entre les affections valvulaires. L'insuffisance mitrale, a t-on dit, supporte bien le chloroforme ; l'insuffisance tricuspidienne le supporte mal, parce qu'elle expose à des perturbations respiratoires démontrées par les expériences chez les animaux ; l'insuffisance aortique est la « maladie à syncopes », elle est une contre-indication quand elle est très large et qu'elle se complique de lésion myocardique ; elle entre en complicité avec le chloroforme qui produit lui-même des syncopes. Tout cela est non seulement théorique, mais encore inexact. On ne saurait trop répéter que la syncope, accident cardiaque, n'est jamais un symptôme d'affection du cœur excepté dans deux maladies : l'angine de poitrine (*Syncopa angens de Parry*) auquel cas elle est mortelle d'emblée, et la maladie de Stokes-Adams (pouls lent avec attaques syncopales et épileptiformes). Cela est si vrai que, lorsque je vois des syncopes ou des pseudo-syncopes survenir dans le

(1) Hare. *Amer. Journ. of the med. Sciences, 1901.*
(2) *Soc. de chir., 1862.*
(3) Wilhelm Koch. *Samml. Kl. Vortrage von Volkmann, 1874.*

Digitized by Google

cours des affections du cœur et de l'aorte, je cherche toujours autre part que dans ces deux organes la cause ou l'origine de ces accidents, et on les trouve presque toujours dans une hystérie ou une épilepsie concomitantes. Je viens de compulser 170 observations d'insuffisances aortiques et jamais, en dehors de ces deux causes, je n'ai constaté la moindre lipothymie imputable à l'affection valvulaire. Quant à l'anémie cérébrale des aortiques, elle a été singulièrement exagérée, toujours en raison d'idées théoriques, et bon nombre de ces malades sujets à des troubles vaso-moteurs sont autant prédisposés à l'hypérémie cérébrale. En tous cas, 49 malades atteints d'insuffisance aortique ont pu être impunément anesthésiés.

L'angine de poitrine, surtout l'angine de poitrine coronarienne, est une contre-indication formelle à l'anesthésie chloroformique, a-t-on dit. Encore une exagération, et sept angineux ont pu y être soumis sans le moindre accident. J'ai souvent raconté l'histoire d'un malade atteint de crises sténocardiques des plus intenses, survenant au moindre mouvement, et qui devait être opéré d'une fissure anale très douloureuse par le procédé de la dilatation.

Plusieurs médecins consultés hésitèrent avant de conseiller l'opération, et d'autres en raison même de l'urgence de celle-ci, avaient pensé à une anesthésie incomplète. Mon avis fut, au contraire, que le malade pouvait être anesthésié, et qu'il devait l'être d'une façon aussi complète que possible. C'est un grand tort, en effet, d'endormir incomplètement ces malades, car la condition du succès est dans la suppression presque complète de tous les réflexes. Or, comme dans ce cas particulier l'opération devait se faire à la région anale et que c'est dans cette région que s'éteignent les derniers réflexes, la nécessité d'une anesthésie totale était pleinement indiquée. Il est d'autant plus important de l'affirmer que d'ordinaire on commet la faute d'endormir incomplètement ces malades par suite de la crainte exagérée de l'anesthésie chloroformique chez les cardiaques. Pour eux surtout, le danger est souvent dans une anesthésie incomplète qui ne supprime pas suffisamment les réflexes, ceux-ci étant la principale cause des accidents syncopaux du début. Pour revenir à mon malade, je rappelle qu'il fut opéré en ma présence par M. Bouilly et cela sans aucun inconvénient ; il n'y eut aucune menace de syncope et tout se passa régulièrement. Il mourut subitement de son angine de poitrine, quelques années plus tard.

Ce cas est certes intéressant, puisque deux conditions regardées comme défavorables à l'anesthésie chloroformique se présentaient : l'angine de poitrine, et une opération dans la région ano-périnéale, tous les chirurgiens nous ayant appris que cette région est assez dangereuse pour l'anesthésie chloroformique, à ce point que Malgaigne a pu autrefois écrire : « Je ne consentirai à anesthésier un malade devant être opéré de la fissure par dilatation brusque qu'après l'avoir prévenu, lui ou sa famille des dangers du chloroforme, dans ce cas spécial ». Opinion exagérée sans doute, mais conforme à l'expérience, puisque beaucoup de chirurgiens, le professeur Guyon, Henriet et Nicaise, ont autrefois été témoins d'accidents inquiétants survenus sur des malades atteints de fissure anale et chloroformisés (2) et que dans sa thèse remarquable, Duret (3) est arrivé à cette conclusion : « Si l'on parcourt notre tableau, dit-il, relatant 135 cas de mort par le chloroforme, on ne trouvera pas moins de 5 à 6 cas de mort subite arrivées sous le chloroforme pour des opérations analogues et presque insignifiantes, telles que la dilatation pour fissures ou hémorroïdes, incision de fistules, etc., faites sur la marge de l'anus ». Tous ces faits sont très connus, mais je devais les rappeler pour démontrer, à l'appui de ma thèse, que l'anesthésie chloroformique convenablement conduite chez un angineux atteint de fissure anale, peut n'exposer à aucun accident.

III. — *Procédé de chloroformisation chez les cardiaques.* — Il résulte de ce qui précède, qu'à la condition de ne pas être en état d'asystolie ou de dyspnée toxi-alimentaire, tous les cardiaques valvulaires ou artériels, les aortiques et les coronariens, les malades atteints de dégénérescence myocardique peuvent être anesthésiés par le chloroforme, mais à la condition d'employer le procédé de chloroformisation indiqué autrefois par Simpson en Angleterre, et préconisé ensuite par L. Labbé (1) en France, méthode de petites doses administrées d'une façon continue sans intermittences (chloroformisation goutte à goutte). Cette méthode convient surtout aux malades atteints d'affections cardiaque ou aortique; elle constitue le meilleur moyen d'éviter chez eux deux syncopes : la syncope *laryngo-réflexe*, due au contact brusque de vapeurs chloroformiques avec les cordes vocales; la syncope *toxique*, résultant de l'absorption de trop fortes doses de chloroforme.

Quoique nul auteur ne fasse mention de cette précaution, il me semble qu'il serait utile, avant toute anesthésie faite chez les cardiaques, les aorti-

(1) Malgaigne et Le Fort. *Traité de médecine opératoire*, 8e édit. 1887, t. II, p. 138.
(2) Henriet. *Tribune médicale. 1875.* Nicaise. *Gaz. hebd. 1876.*
(3) Duret. Contre-indications à l'anesthésie chirurgicale, 1880.
(4) L. Labbé. *Ac. de méd., 1882.* Nicaise. Chloroformisation goutte à goutte (*Rev. de méd. 1892.* Boncour. *France méd., 1887.* Schwartz. *Journ. des Prat., 1889.*

Digitized by Google

ques ou les angineux, de préparer à l'avance le nitrite d'amyle, dont l'action sur les syncopes est si prompte et favorable.

Encore une fois, quelques médecins timorés, encore imbus de la crainte exagérée de la chloroformisation dans les affections cardiaques ou aortiques commettent une faute grave en endormant incomplètement leurs malades. Car, on sait qu'au début de l'anesthésie, le nerf d'arrêt du cœur, le pneumogastrique, acquiert une certaine excitabilité, d'où l'indication de ne jamais commencer l'opération, surtout dans les cardiopathies, tant que la période d'excitation n'est pas terminée, d'où le précepte d'éviter encore pendant cette période toute stimulation des nerfs périphériques. La méthode de chloroformisation à doses faibles et continues nous semble préférable, et si la prescription de n'opérer qu'après anesthésie complète avec suppression des réflexes, est applicable à tous les cas, elle l'est surtout pour toutes les opérations qui se pratiquent chez les cardiaques. Mais, lorsqu'on parle de la suppression des réflexes, il faut bien comprendre que cette suppression totale serait sans cesse sur les frontières des accidents toxiques; on doit se régler sur l'insensibilité cornéenne et sur la diminution, voisine de la suppression, non sur la suppression totale du réflexe palpébral. Il s'agit là d'une sorte de doigté spécial qu'on acquiert seulement par expérience, et un honorable praticien, habile chloroformiste, M. le Dr Biousse, avec qui j'en causais il y a quelques jours, me disait que sur une pratique de plus de 7.000 anesthésies, il n'avait jamais eu d'accidents, sans doute pour les raisons suivantes : d'abord, parce que par le meilleur procédé de chloroformisation en usage, on ne doit consommer pas plus de 10 à 15 grammes de chloroforme pour les opérations ordinaires, et pas plus de 15 à 20 grammes pour celles dont la durée peut atteindre 45 minutes à 1 heure; ensuite, parce qu'on doit s'arrêter au moment même de la diminution, non de la disparition totale du réflexe oculo-palpébral, celle-ci étant trop voisine de l'apparition d'un symptôme presque dramatique, la dilatation subite de la pupille, phénomène souvent précurseur de la syncope respiratoire ou cardiaque.

IV. — *Morts par le chloroforme, surtout par la chloroformisation.* — Je serai bref sur cette question, qui m'amènerait trop loin et qui, du reste, n'est pas de ma compétence. Cependant, à ce sujet, j'ai quelques considérations à présenter.

Lorsque plusieurs cas de morts par le chloroforme surviennent, les chirurgiens ont une tendance très naturelle à chercher les circonstances atténuantes, et ils les trouvent souvent du côté du chloroforme ou encore de l'opéré, la malheureuse victime. « Le chloroforme des hôpitaux n'était pas pur », disent-ils, et, à ce point de vue, ils ont parfois tort, puisque le professeur Terrier dit « tenir de chimistes autorisés, qu'il est impossible à la chimie de déterminer dans certains cas, pourquoi un chloroforme est bon ou mauvais (1) ». Cependant, il serait désirable, que l'administration des hôpitaux voulût bien fournir des flacons de 25 grammes au plus, flacons terminés par une tubulure que l'on casserait au moment d'en faire usage, et qui servirait de compte-gouttes. Car, il est évident que le transvasement du chloroforme à l'air libre est capable de l'altérer.

Puis, on cherche les circonstances atténuantes du côté du malade. « J'ai opéré un mourant qui allait succomber à la faim, dit-on. » D'abord, on ne doit jamais opérer ni anesthésier des mourants, sauf de très rares exceptions, et il n'y a pas une grande différence entre « mourir de faim » ou mourir par le chloroforme, puisque c'est toujours la mort. — « Vous le voyez, dit-on encore, nous avons opéré, sans le savoir, un cardiaque et, à l'autopsie, nous avons trouvé sur les valvules aortiques, un champignon, un véritable chou-fleur, en un mot une endocardite végétante que nous n'avions pas soupçonnée avant l'anesthésie (2) ». Tout d'abord, une affection valvulaire ou myocardique *chronique* n'est pas, je le répète, une contre indication à l'anesthésie chloroformique; mais, je crois que dans le cas auquel je fais allusion, il ne suffit pas de dire que même si on avait ausculté le malade avant de l'endormir, que si on avait « entendu un souffle cardiaque, on aurait sans doute passé outre ». Mais un « souffle cardiaque » n'a pas d'importance dans l'espèce, nous ne cesserons de le dire; ce qui en a, c'est l'état général, c'est l'état profondément infectieux du malade qui l'expose par lui-même suffisamment à la mort, avant comme après une opération. Or, le malade en question « souffrait cruellement d'une arthrite gonococcique du cou de pied », il était donc atteint d'une endocardite aortique infectieuse, aiguë ou subaiguë. C'est la mort presque certaine par endocardite; il ne faut pas y ajouter la mort anticipée par le chloroforme chez une malade incapable de soutenir un choc opératoire. On ne doit opérer qu'avec les plus grandes réserves les endocardites infectieuses, aiguës ou subaiguës, moins en raison de la gravité de l'état local, qu'en raison de la suprême gravité de l'état général.

A l'encontre de ceux qui cherchent les circonstances atténuantes du côté du chloroforme et de

(1) *Soc. de chirurgie*, 15 janvier 1902.
(2) *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 29 janvier 1902, p. 87.

Digitized by Google

ɔpéré, je pense qu'il faut chercher les circonstances gravantes du côté de l'opérateur et du chloroformiste. La faute vient rarement de l'opérateur qui est ıbile, prudent et circonspect; mais il n'en est pas même du chloroformiste, que j'ai tendance à cuser presque toujours.

Vous devez remarquer que les accidents chloroformiques sont signalés principalement dans les ɔpitaux, presque jamais dans la clientèle civile. ı tous cas, la proportion des morts par le chloroforme, quelque minime qu'elle soit, est supérieure ıns la pratique hospitalière. Ce n'est pas parce que chloroforme est d'une plus grande pureté dans un s que dans l'autre, c'est parce qu'en ville on ıdresse à des chloroformistes de profession, et qu'à ıôpital, on se contente de chloroformistes d'occaɔn. C'est là une opinion qui s'est depuis longtemps ıposée à mon esprit, et j'ai été heureux de la voir ɛttement exprimée par M. Reynier, dans ce passage ès suggestif, que l'on me permettra de transcrire ɛtuellement :

« Qui avons-nous pour apprécier tous ces symptôes, et pour donner le chloroforme dans nos serces? Nos internes sont généralement trop grands igneurs pour accepter ce rôle, et quand vous mposez, c'est le plus jeune, l'interne provisoire, qui incombe le plus souvent la corvée. Mais ımme nos internes nous aident pour l'opération, sont nos externes qui sont chargés du chloroorme. C'est le hasard qui, le plus souvent, nous ɔnne ces externes. Beaucoup entrent dans nos serces fort peu experts dans la chloroformisation, et l y en a un qui vous inspire confiance, vous vous ırtez souvent à l'esprit de corps qui vous impose ..., au lieu de Y..., parce que c'est la malade de ..., c'est celle qui est dans les lits dont il a les nsements. L'externe prend enfin des congés ; c'est bénévole, le stagiaire qui le remplace et qui prend compresse. J'avoue que, quand je songe à ces loroformisateurs d'occasion qui, trop fréquemɛnt dans nos services officient, je suis étonné qu'il ırrive pas plus d'accidents, et vraiment je crois 'il y a là une preuve, que le chloroforme n'est ut-être pas si dangereux qu'on veut bien le dire. ɔons donc dans les hôpitaux ce chloroformisateur itré, que beaucoup d'entre-nous ont pour leurs érations en ville, et qui nous donne une sécurité ıe nous avons rarement à l'hôpital. »

Tel est le tableau, non assombri, présenté par un s chirurgiens les plus distingués des hôpitaux. Je ls qu'on va me répondre que les choses ne se pasnt pas toujours ainsi ; que les chefs de service argent leurs internes ou leurs meilleurs externes soin de la chloroformisation. Eh bien, au risque de paraître énoncer un paradoxe, je dirai que je me défie des élèves, même et surtout quand ils sont bons. Un bon élève ou interne est un jeune homme laborieux, désireux de s'instruire et de prendre sa part d'instruction à l'opération à laquelle il assiste, et si l'on a raison de craindre la syncope laryngo-réflexe qui tue le malade, il ne faut pas moins redouter de la part du chloroformiste certain mouvement, certaine inattention réflexe qui le fait, au moment le plus intéressant de l'opération, abandonner la compresse chloroformée. Alors que j'étais autrefois externe et interne en chirurgie, j'ai été témoin de trois morts par le chloroforme, et ensuite de deux graves alertes. Je ne parle pas de deux morts survenues chez des jeunes sujets pendant deux réductions de luxations anciennes de l'épaule, dans le service d'Adolphe Richard ; le procédé de chloroformisation employé dans ce service était trop sommaire, et je suis étonné même qu'il n'y ait pas eu plus d'accidents. Mais, j'ai assisté au cas de mort survenu en 1867 dans le service de Broca à l'hôpital St Antoine et dont l'histoire a été inexactement rapportée (1). Il s'agissait, chez un jeune homme de 16 ans qu'on disait alcoolique et épileptique, de l'extirpation d'une tumeur sébacée du cou. L'opération et l'anesthésie marchaient d'une façon régulière, sauf une période d'excitation un peu longue chez le malade, quand tout à coup, Broca dit ces simples mots : « Tiens, c'est très curieux. » Alors l'attention redouble du côté des élèves, et aussi du côté du chloroformiste qui, par un mouvement réflexe bien naturel, abandonne la compresse chloroformée sur la figure de l'opéré. Quelques instants plus tard, celui-ci succombait à une syncope foudroyante, tant il est vrai que le réflexe du chloroformiste est toujours plus dangereux que celui de l'opéré, puisqu'il le précède et le produit.

La conclusion de cette histoire et de bien d'autres semblables est celle-ci : Il devrait y avoir des chloroformistes de profession à l'hôpital comme en ville, et si la chose est impossible à l'hôpital, le chloroforme devrait toujours être donné par les mêmes aides.

Mais, on se demande où et comment les élèves apprennent l'art de la chloroformisation, pour lequel en Amérique, J. Finney (2) n'a pas craint de demander la création d'un enseignement spécial, capable de former un corps d'anesthésistes compétents. Cette réclamation est très juste, et à la Faculté comme aux hôpitaux, chaque année les professeurs, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux devraient commencer leurs cours en enseignant à leurs élèves la pratique de l'anesthésie. Dans les concours pour l'ex-

(1) *Gazette des hopitaux* 1867.
(2) J. Finney. Johns Hopkins University. *American Journal of the méd. Sc.* aout 1901.

Digitized by Google

ternat ou l'internat des hôpitaux, cette question devrait être plus souvent posée. Tel est le principal moyen préventif à opposer au retour des accidents chloroformiques ; car, ceux-ci sont dus. 90 fois et même davantage sur 100, plus à une chloroformisation défectueuse qu'au chloroforme lui-même. J'ai conseillé, ou plutôt je n'ai pas défendu l'anesthésie chloroformique à plus de 300 cardiaques ou aortiques, et jamais, dans ces conditions, cette anesthésie n'a provoqué le moindre accident. Dans un travail auquel j'ai déjà fait allusion, Finney (de Philadelphie) a rassemblé 142 cas d'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme sur les cardiopathes (myocardite, insuffisance aortique, rétrécissement aortique, sténose et insuffisance mitrales, hypertrophie cardiaque, troubles fonctionnels, arythmie, etc.) Il en conclut, d'après une statistique très favorable, que les affections cardiaques ne contre-indiquent ni l'anesthésie générale ni l'anesthésie locale. Il semble préférer l'anesthésie par l'éther dans certains cas, chez les nerveux, chez les rénaux (ce qui me semble exagéré en raison des poussées d'œdème aigu du poumon dont ils sont parfois menacés), chez les malades à tension artérielle très déprimée. Je ne veux pas aborder cette question relative à la supériorité de l'un ou l'autre anesthésique ; je la connais mal et elle sera mieux résolue par les chirurgiens compétents.

Tout ce que je sais, c'est que l'anesthésie par l'éther est absolument contre-indiquée chez les pulmonaires, surtout chez les malades menacés d'œdème aigu du poumon, en raison de l'hypersécrétion bronchique qu'elle détermine ; et si cette anesthésie possède une dose maniable plus éloignée de la limite toxique, elle a été accusée de provoquer des accidents secondaires assez graves du côté de l'appareil pulmonaire. Je n'insiste pas, car dans cette note, je n'ai eu en vue que l'anesthésie chloroformique plus couramment usitée à Paris, tandis que l'anesthésie par l'éther est préférée à Lyon et à Genève.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Les accidents imputables au chloroforme ne sont pas plus fréquents, dans la majorité des cas, chez les cardiopathes ou les aortiques que chez les malades atteints d'autres affections.

2° Les affections cardiaques ou aortiques ne sont pas des contre-indications à l'anesthésie chloroformique, à la condition qu'elles ne soient pas infectieuses à l'état aigu ou qu'elles ne siègent pas sur un organisme trop affaibli, et que les cardiopathies chroniques ne soient pas arrivées aux périodes asystolique ou dyspnéique, ou encore qu'elles ne soient pas constituées par des symptômes évidents de symphyse péricardique.

3° Chez les cardiaques et les aortiques, la chloroformisation doit être pratiquée à doses légères, progressives et continues jusqu'à suppression presque totale du réflexe palpébral.

4° Le plus ordinairement, la formule suivante de Sédillot se réalise : « Le chloroforme bien préparé et surtout bien administré ne tue pas. »

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas de hernie gastrique.

L'estomac, comme beaucoup d'autres organes, peut, dans certains cas et sous certaines conditions, s'engager dans une solution de continuité des parois abdominales et constituer ainsi une véritable hernie.

Suivant l'endroit où elle se produit, elle prend différents noms.

Si cet organe franchit le diaphragme, la hernie est appelée diaphragmatique. Si elle franchit la paroi abdominale, elle est dite épigastrique, et siège entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Quelques rares auteurs parlent de hernie ombilicale et même de hernie inguinale où le contenu du sac paraissait stomacal ; ils se sont trouvés en présence d'une grosse dilatation ou d'un abaissement de l'organe entraîné avec l'épiploon ou l'intestin.

L'existence des hernies diaphragmatiques est indiscutable. Mais, s'il faut en croire plusieurs auteurs, il ne reste pas bien prouvé que les hernies épigastriques réputées stomacales aient toujours été constituées par l'estomac hernié.

En effet ces hernies ne sont guère connues ou tout au moins signalées que depuis un siècle environ, et encore, les cas cités et probants sont-ils rares.

Nous trouvons dans les mémoires de l'Académie royale de Médecine en 1743, les affirmations de Garangeot, affirmations qui feraient croire à une fréquence relative de ces accidents, mais elles ne sont basées que sur les troubles gastriques, et la preuve de la présence de l'estomac dans la hernie n'a pas toujours été bien établie.

En 1768, François Pipelet vient affirmer leur possibilité en publiant ses huit observations de hernies gastriques. Nous trouvons plus tard la contre-partie avec Richter 1788 et Léveillé 1812, qui, eux, nient franchement la possibilité de la gastrocèle. Si, en 1855, Luys rapporte un cas de hernie du grand cul de sac de l'estomac, Bonnet en 1896 exprime des doutes sur son existence, ou tout au moins tient cette hernie comme exceptionnelle.

Bergmann par contre cite plusieurs cas ; entre

Digitized by Google

ıtres celui d'un officier, qui par suite d'une chute olente sur les pieds à plat, ressentit au creux de Estomac une douleur subite, atroce, causant une ncope ; il y eut production de hernie épigastrique ıppelant, par son siège et la douleur, l'ulcère de Estomac ; pour les autres cas, il ajoute : « rien improbable qu'une portion de cet organe y fût ıtraînée. »

En 1892 Petit, de Bordeaux, publie un cas de ernie de l'Estomac sur la ligne semi-lunaire de piegel, chez un homme de 64 ans, à la suite d'efforts iolents pour uriner dans un cas de rétention d'urine; le cite, dit-il, comme rareté d'affection et rareté 'étiologie.

Voilà tout ce que nos recherches nous ont livré, ous y ajoutons l'observation que voici, où tout emble prouver que c'est bien l'Estomac qui est en ause.

Observation. — François G..., 39 ans, gazier mployé au Mont-de-Piété, très robuste, bien musclé, ans embonpoint ni tissu adipeux manifeste, taille ıoyenne, toujours très bien portant. N'a pas fait son ervice militaire, ayant un frère sous les drapeaux, ıais a accompli ses périodes de 28 jours. Aucune ıfirmité ni congénitale, ni acquise, en un mot, ısqu'à ce jour, rien à signaler de défectueux i dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antéédents personnels.

Le *16 novembre* 1900, à 4 h. 1/2 soir, en déméageant des objets envoyés par l'administration à 'Exposition Universelle, il est victime d'un accident rrivé dans les conditions que voici : Il portait vec deux autres compagnons une caisse très ourde renfermant des tableaux de valeur; lui eul, à l'arrière, les deux autres à l'avant ; il ne voyait as ainsi le sol sur lequel il s'avançait. Il mit le ied dans une excavation formée par l'enfoncement e lames du parquet sous le poids d'un camion, il échit sur lui-même, se renversa en arrière, dans un ffort brusque pour ne pas quitter la caisse qu'il ppuie même, pour la soutenir, sur son abdomen porté avant. Au même instant, il sentit une douleur subite, roce, comme s'il avait reçu un coup de poignard ans le creux de l'estomac; il ne perdit pas con aissance bien que presque défaillant tant il souffrait, voulut même recommencer à travailler, mais son ef voyant son visage extrêmement pâle et reflétant souffrance, le fit conduire dans une pharmacie, l'on découvrit au point indiqué, une grosseur du lume d'une mandarine, grosseur dont il n'y avait mais eu trace auparavant. Un médecin appelé ssitôt diagnostiqua une hernie suite d'éventration, la réduction et appliqua un bandage; cette réducn fut, paraît-il, très douloureuse, on soutint le blessé en lui faisant respirer de l'éther et boire de l'eau de mélisse. Le soir même, je fus appelé ; je trouvai mon malade couché, très pâle, paraissant souffrir beaucoup.

A l'examen je constatai : A 0.05cm au-dessous de l'appendice xyphoïde une tumeur de 0.05cm de haut sur 0.06cm de large, de la formeet du volume d'un gros œuf aplati et couché, dépressible et même réductible, mais très douloureuse, située sur la ligne médiane, débordant à peine à droite, placée au contraire presque toute à gauche. Elle se trouve à 0.06cm au dessus de l'ombilic, et à 0.04cm du bord costal gauche, sa partie inférieure reposerait sur une ligne unissant les dixièmes côtes.

Le point douloureux maximum délimité par des examens ultérieurs est tout près de la ligne médiane à gauche, et il semble que l'on ait en cet endroit la sensation d'un interstice, situé à la partie supérieure. La percussion de cette tumeur donne une tonalité qui est celle de toute la région; peut-être un peu plus mate, ceci est surtout appréciable quand le malade a mangé, car la limite inférieure de l'organe descend un peu au-dessous de cette tumeur ; on peut alors établir nettement par la percussion la délimitation des zones stomacale et intestinale.

La tumeur grossit par la position debout, ou sous la tension du tronc, ou sous l'effort de la toux ; elle se réduit un peu d'elle-même dans la position couchée.

Pendant que l'on ramenait le blessé en voiture à son domicile, dans l'heure qui suivit l'accident, il eut des nausées, l'eau lui emplissait la bouche, et à plusieurs reprises, en peu d'abondance, il vomit du sang rouge. Le lendemain, il eut du mœlena, le surlendemain, les matières furent encore noirâtres, puis redevinrent normales.

Pendant quelques jours le traitement fut le même : opium intus et extra, diète liquide, boissons froides et glacées, et bandage ouaté compressif.

Le médecin de l'administration venu deux jours après l'accident pour établir un certificat, conclut, paraît-il, à une éventration, suite d'effort violent, avec hernie de l'organe sous jacent, dans le cas actuel très probablement l'estomac.

5 *décembre*, 20 jours après l'accident. La douleur très diminuée existe toujours, fixe, siégeant à la tumeur, ne s'irradiant que peu et dans la région stomacale, soit horizontalement, soit transversalement. En ce point existe un fourmillement continuel, selon l'expression du malade, c'est comme si un hanneton était enfermé et ne cessait de gratter. Si le blessé avale quelque chose, aussitôt se réveille une douleur aiguë qui le transperce d'avant en arrière, puis s'apaise; la sensation du hanneton réapparaît : sensation plutôt désagréable que douloureuse, ...

Digitized by Google

donne également au patient l'envie de se gratter. Il sent au siège de la tumeur comme une plaie, dit-il, s'il boit quelque chose de chaud, il ressent une cuisson immédiate; s'il avale quelque chose d'irritant (un petit verre d'eau-de-vie de marc) c'est alors une véritable brûlure. Il est pâle, paraissant très anémié, anxieux, fatigué, énervé par cette douleur sourde, qui pendant les 15 premiers jours redevenait aiguë au moindre mouvement.

En *janvier* 1901, aspect toujours fatigué, quoique mangeant maintenant et vaquant même à des occupations peu pénibles; la douleur paraît parfois se réveiller, mais cesse au bout de quelques minutes, il ne peut plus porter de poids lourds, ni travailler les bras levés, ni faire un mouvement de torse en arrière, car, quelquefois, subitement, survient une douleur passagère, mais tellement aiguë, qu'il se sent défaillir et lâcherait ce qu'il tient en main.

1er *mars* : état local presque stationnaire, état général meilleur, la pression n'est plus guère douloureuse, la grosseur va être maintenue par un bandage *ad hoc* sur le conseil et le choix de M. de Beurmann, qui a confirmé le diagnostic. Il n'a plus de douleurs aussitôt l'ingestion des aliments; mais autrefois sa digestion n'était pas pénible, elle se faisait rapidement sans qu'il s'en aperçût; maintenant 3 à 4 heures après le déjeuner, il sent son estomac encore lourd, la digestion est difficile, il existe même de la douleur, mais, dit il, seulement au moment où il lui semble que son estomac se débarrasse, probablement au moment où les aliments passent dans l'intestin.

Juillet : Etat local stationnaire; au repos la tumeur est peu prononcée, elle est surtout moins dure et moins douloureuse, les forces sont revenues; lorsque le bandage est très serré le malade se sent très bien, mais la digestion est toujours pénible, et il existe toujours les douleurs subites, rapides, quelques secondes, suivies de la sensation de grattage énervante; quelquefois la douleur varie de forme, le point de départ est le même, mais c'est un tiraillement entre la tumeur et la gorge, le long de l'œsophage et allant de bas en haut. Tous ces symptômes, malgré le bon état général font demander, par le malade, la cure radicale.

Quelles sont maintenant les raisons qui militent en faveur de la présence de l'estomac dans cette hernie?

Les troubles d'une digestion jusqu'alors excellente, l'anxiété, la pâleur, l'amaigrissement, la douleur même en s'irradiant, ne dépassant pas la zone stomacale, les nausées du début, enfin tous ces symptômes qui, selon Bérard, autorisent jusqu'à un certain point à admettre que l'estomac est en cause; mais laissons ces probabilités sur lesquelles se sont déjà étendus nos devanciers pour ne nous appuyer que sur les faits importants : l'étiologie, la position anatomique, la symptomatologie.

L'étiologie peut être : faiblesse congénitale et souvent héréditaire, ou origine traumatique.

Dans le premier cas, ces hernies s'établissent lentement, soit qu'elles se fassent par les orifices naturels qui interceptent les faisceaux fibreux entrecroisés de la ligne blanche, soit qu'elles se produisent dans un point prédisposé : cicatrice suite de blessure ou d'intervention chirurgicale, qui a laissé un *locus minoris resistentiæ*.

Dans le second, elles apparaissent soudainement, consécutivement à un effort violent, à un traumatisme ou à une violente pression sur l'abdomen; tel est notre cas; en effet, le tronc renversé en arrière, la poitrine bombant, le thorax rempli et tendu sous l'effort, la masse intestinale refoulée en haut, pressée violemment par cette caisse qui s'appuie sur elle de tout son poids, tout cela ne contribue-t-il pas à comprimer l'estomac de toutes parts, et à l'appliquer violemment et fortement contre la paroi antérieure, la seule qui puisse céder? La position anatomique a une grande importance. D'après Bergmann, ces hernies siègent d'une façon constante au milieu de l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic; Luton précise en disant : « au-dessous de l'appendice dans un écartement de la ligne blanche à gauche à travers une éraillure de la région. » Notre tumeur n'occupe-t-elle pas exactement le triangle où Tillaux nous montre l'estomac accessible et à découvert, c'est-à-dire triangle dont la base serait une ligne transversale reliant les cartilages des neuvièmes côtes? le côté droit serait le bord gauche du foie, le côté gauche, les fausses côtes gauches.

Des symptômes nous ne mettrons en lumière que deux principaux à notre avis, le vomissement et la douleur.

Le vomissement de sang rouge, peu abondant, il est vrai, mais répété et survenant peu de temps après l'accident et la réduction de la tumeur. Le mœlena, sans avoir la même importance, vient s'ajouter et confirmer notre diagnostic.

La douleur enfin, douleur spéciale, tellement aiguë qu'il y a tendance à la syncope, puis plus sourde, mais se révélant à différents moments avec le même caractère et sous les mêmes conditions. Elle est fixe; ne dépasse pas la région stomacale, se fait sentir d'avant en arrière, transperce le patient. N'est-ce pas là la douleur en broche qui pour M. Hayem est symptomatique de l'ulcère de l'estomac?

Elle a cet autre caractère important, de devenir plus vive, de bien se localiser dès qu'on introduit

Digitized by Google

quelque chose dans l'estomac. Au moment de la réduction dans la pharmacie, on fait avaler, comme cordial, au blessé, de l'eau de mélisse sur du sucre: « aussitôt, dit-il, j'ai ressenti en un point comme une brûlure, quelque chose de plus aigu dans ma douleur. » Et plus tard, lorsqu'il commence à s'alimenter, ne décrit-il pas aussitôt et toujours au même point, une cuisson avec le contact d'une boisson chaude et une véritable brûlure avec l'alcool ?

Toutes ces raisons nous permettent de conclure à une éventration, suite d'effort violent avec hernie de l'organe sous-jacent, dans le cas actuel, l'estomac.

Dr E. Virey.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

Depuis quelque temps la déontologie, en tant que science enseignante, fait beaucoup parler d'elle. MM. Legendre et Lepage ont publié tout récemment un excellent petit volume à propos de la question. L'an dernier s'était réuni, sous la présidence de M. Lereboullet, un congrès de déontologie. Il y a quinze jours à peine, une thèse sur le même sujet était soutenue à la Faculté de Paris. Le titre de ce travail inaugural annonçait ses conclusions : Enseignement de la déontologie médicale dans les Facultés..

Ces efforts répétés et se suivant de près, s'ils ne disposent que d'une vertu précaire, témoignent au moins d'une bonne volonté heureusement avisée; une lacune fort regrettable existe dans notre éducation professionnelle ; le vice rongeur qui s'introduit dans nos mœurs médicales et risque d'en atteindre la dignité jusqu'à la racine, ne vient que de cette ignorance absolue de nos devoirs confraternels. Quel maître instruit ses élèves de leurs obligations professionnelles ? Non pas que la nécessité d'un cours à ce sujet se fasse sentir. Je me méfie des cours : c'est la perspective d'une heure d'immobilité sur un banc. Quel curieux se résoudrait à s'asseoir pendant une heure à l'effet de s'instruire sur des choses que chacun se pique de connaître déjà? Ces questions de déontologie ne comportent pas de si longs développements. MM. Legendre et Lepage ont épuisé le sujet en six conférences. Plutôt qu'un cours, vaudraient mieux et seraient accueillies avec plus d'attention les paroles du Maître non pas dans un cours spécial, mais simplement au lit du malade et comme diversion aux aperçus cliniques que le Maître sème chaque matin. On écoute mieux les choses rapides et courtes ; elles pénètrent aisément, aucune tension d'effort n'étant nécessaire pour en suivre le développement. En sorte que la fatigue n'a pas le temps d'apparaître traînant la distraction à sa suite.

Ce n'est pas tout, malheureusement, d'être initié à nos devoirs; la connaissance n'implique point l'acte. Une notion exacte d'une obligation ne signifie pas du tout qu'on soit disposé à la remplir.

On possèdera fort bien sa déontologie; on se comportera comme si on n'en savait le premier mot. Devant la lutte âpre, les formules généreuses n'interviennent guère, ou plutôt elles n'interviennent que dans un sens et à la décharge de celui qui s'en sert et les met en avant; on ne les exprime que pour accuser la conduite du prochain. Soi-même on se permet toutes les incartades. Cette indulgence vis-à-vis de soi, cette sévérité à l'égard d'autrui sont surtout imputables à l'organisation du milieu. Trop de confrères sont tassés les uns sur les autres; le morceau de pain journalier est partagé entre des bouches trop nombreuses. Pour être exact, je devrais plutôt modifier quelque peu l'image. Les bouches ne sont pas trop nombreuses ; un tableau intéressant publié par M. Gouffier et reproduit dans la thèse de M. Rosenwald, montre que depuis 1866, et eu égard à la population qui a augmenté, le nombre de médecins par chiffre de 10,000 habitants ne s'est guère accru. Parfois même il a diminué. Mais la poussée s'est de plus en plus accentuée vers les grands centres, créant ainsi pléthore alors que la raréfaction continuait de s'étendre sur nombre de campagnes.

Dans les centres, les besoins de chacun ont grandi, et plus rapidement que les ressources. De là dans les rapports, froideur immédiate, chaque émule devenant un ennemi et aussi tendance à l'incorrection dans les procédés. Pour arrêter ce mouvement, les paroles sont de peu de poids. Il faut modifier les mœurs et les habitudes du médecin. Notre projet de Fédération médicale répond à ce but. En multipliant les entrevues, les causeries, les dîners intimes, il fait tomber les préventions; le choc des contacts s'amortit, les sympathies naissent. Dans les campagnes surtout, la jalousie se dresse comme le grand obstacle : elle s'éteindra ou s'atténuera du moins dans de fortes proportions le jour où une union plus active rapprochera les confrères. Comme nous l'avons déjà dit, nous souffrons de défauts imputables à un vice d'organisation : la jalousie naît de l'isolement. Il faut se grouper ; l'association développe ensuite d'elle-même les vertus collectives de confiance réciproque et de solidarité.

L'enseignement de la déontologie, sans doute cela est bien ; mais les formules restent inertes si les conditions de milieu ne sont pas prêtes à les recevoir. C'est au changement de nos mœurs médicales qu'il convient de pousser moyennant la création d'une Fédération médicale. — C. F.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la bronchite fétide. — M. Albert Robin préconise les pulvérisations d'eucalyptol et de goménol aux doses de 1/1000. Ces pulvérisations sont pratiquées autour du lit du malade, ce dernier étant protégé par une tente de rideaux. Elles se poursuivent quatre fois par jour pendant une demi-heure. Très rapidement la fétidité bronchique disparaît.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

STÉPHANE TARNIER (1828-1897)

L'éloge de M. le Pr Tarnier, que M. Paul Segond vient de prononcer à la séance annuelle de la Société de Chirurgie, le 5 février, pourrait recevoir une dénomination plus générale et s'intituler : La vie d'un grand praticien. Connaître l'existence de cet homme qui fut une des gloires les plus pures de la médecine française, c'est montrer comment, dans une âme de forte sève, l'énergie se trempe au contact des jours difficiles et comment aussi l'intelligence et l'esprit d'initiative dans leur affinement progressif et leur essor hardi, peuvent grandir et évoluer sans jamais se séparer de cet autre élément qui fait la grandeur de l'âme humaine et qui s'appelle la bonté.

C'est à ce titre et comme exemple que nous livrons à nos lecteurs, en place de nos Mementos de Médecine pratique hebdomadaires, les parties essentielles du magistral discours prononcé par M. Paul Segond :

Messieurs,

La mort du maître dont je viens, aujourd'hui, saluer avec vous la mémoire, remonte à cinq ans à peine, et cependant, la marche des événements a pris, de nos jours, une telle allure, que déjà le souvenir du grand disparu n'a probablement plus pour tous la précision désirable.

. . . . . .

Tarnier était, lui, l'avant dernier secrétaire de la Société de Chirurgie. Membre titulaire de notre Société dès 1865, secrétaire annuel en 1871, président en 1879 (l'année même, le rapprochement a son intérêt, où le mémoire de Perrin « Sur la valeur comparative du pansement de Lister et du pansement alcoolique » devait provoquer votre première discussion sur la chirurgie listérienne), il n'a demandé l'honorariat que le 19 décembre 1889, après dix-huit années de présence active à nos séances. C'est plus qu'il n'en faut, n'est-il pas vrai, pour donner à votre secrétaire général tous les droits de consacrer à ce maître la notice historique dont vous voulez bien, chaque année, lui confier la rédaction. Par malheur, un droit ne confère pas nécessairement l'idonéité, et je redoute beaucoup de confirmer une fois de plus cette proverbiale vérité.

. . . . . .

Etienne dit Stéphane Tarnier, sans doute pour obvier à la similitude prénominale du père et du fils, est né à Aiseray (Côte d'Or) le 29 avril 1828. Son père, médecin de campagne fort modeste, mais particulièrement estimé pour ses qualités d'homme excellent et de praticien dévoué, quitta Aiseray peu après, pour s'installer près de Dijon, à Arc-sur-Tille. C'est là que le jeune Stéphane passa son enfance et, la chose se trouvait ainsi tout indiquée, c'est à Dijon qu'il fit ses humanités pour commencer ensuite ses études médicales à l'école de médecine secondaire de cette même ville, de 1846 à 1848.

La grande épidémie de choléra qui sévit, à cette époque, sur toute la région dijonnaise, le retint auprès de son père dont il partagea les fatigues, avec un admirable dévouement, et son installation définitive à Paris fut ainsi reculée d'une année. A dater de cet instant, son ascension fut rapide. Externe des hôpitaux de 1850 à 1851, interne provisoire en 1852, il était le second sur la liste des titulaires en 1853. Ses collègues d'alors s'appelaient : Le Fort, Parrot, Bucquoy, Lorrain, Millard, Guyon, Besnier, Peter, Fournier, Marey, Panas, Jaccoud, Charcot, Vulpian, Tillaux, pour n'en citer que quelques-uns parmi tous ceux qui devaient, pour toujours, lui garder leur amitié, leur estime et leur admiration.

Ses maîtres furent Cullerier et Gendrin en médecine, Michon en chirurgie, Delpech et Danyau en accouchements. Paul Dubois était, à la vérité, chirurgien en chef de la Maternité, lorsque Tarnier y vint comme interne en 1856, mais Paul Dubois était professeur, et l'histoire raconte que le service était surtout assuré par le chirurgien adjoint. C'est ainsi que Danyau fut, en réalité, le véritable initiateur de Tarnier dans la pratique des accouchements.

Paul Dubois n'apprit à connaître, par lui-même, les hautes qualités d'intelligence et de ponctualité de son ancien interne, qu'en le choisissant plus tard comme chef de clinique, alors que sa communication de 1856 à la Société anatomique sur « L'état graisseux du foie chez les femmes grosses après l'accouchement », son mémoire publié, la même année, à la Société de biologie, avec la collaboration de son ami Vulpian, sur le même sujet, et surtout sa mémorable thèse inaugurale de 1857, avaient déjà fixé sur lui l'attention de tous les chercheurs.

Dans la si vivante notice que M. Dureau a publiée en décembre 1897, il raconte comment disciple et maître renouèrent ici connaissance. A la première heure de certain matin, Tarnier, encore couché, eut la surprise de voir entrer dans sa chambre le professeur Paul Dubois en personne. Celui-ci, s'étant assis sans autre préambule, lui tint à peu près ce langage : « Vous êtes étonné de me voir, monsieur Tarnier, mais on dit partout que vous êtes paresseux, j'ai voulu m'en assurer... et je viens vous demander quelques explications sur les statistiques données dans votre thèse. » Tarnier promit les documents, il les donna et j'imagine que Paul Dubois fut ensuite rapidement édifié sur la paresse de son disciple.

Digitized by Google

Je ne voudrais cependant pas trop insister sur ce point. Peut-être l'interne Tarnier eut-il vraiment ses instants de paresse. Nous le souhaiterions même volontiers, en songeant aux indiscutables douceurs que réserve aux plus actifs la possibilité de reprendre haleine de temps en temps. Mais le fait malheureusement démontré, c'est qu'avant d'avoir vu la vie s'orienter franchement vers le succès, Tarnier eut à reconnaître, lui aussi, les anxiétés que nous impose trop souvent la fortune, en manière d'épreuve, avant de nous accorder ses sourires. Les heures difficiles auxquelles je fais allusion correspondent à la fin de son internat. Bar, dans sa belle leçon du 4 décembre, les rappelle dans les termes suivants :

« ... Il fallait vivre... Tarnier prit la décision de rester à Paris, et il s'installa dans un modeste logis, au fond de la cour d'une maison qui porte encore le N° 70 de la rue de Rivoli. Ici commença pour lui une existence de labeur pénible. Sachant combien petite était l'aisance de ses parents, il ne voulut pas leur demander de nouveaux sacrifices. Il connut les désespérances que provoque, chez tous les nôtres, le début dans une carrière qui semble sans avenir. Médecin du bureau de bienfaisance, il s'empressait auprès des pauvres, qu'il secourait souvent de ses maigres ressources. C'était là sa seule clientèle. Découragé, notre maître cédait difficilement aux encouragements et aux conseils que lui prodiguait sa famille, et il songeait sérieusement à abandonner la carrière médicale proprement dite. »

Par bonheur, la discussion qui s'ouvrit alors à l'Académie, sur l'infection puerpérale eut tôt fait de lui rendre, avec toute son énergie, le désir de faire triompher ses idées. En 1860, deux ans après la publication d'un nouveau mémoire intitulé : *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*, il devenait agrégé. L'année suivante, Dubois le prenait comme chef de clinique. En 1865, il se faisait nommer chirurgien des hôpitaux et, dès 1867, le chirurgien en chef Trélat ayant quitté la Maternité, et le chirurgien adjoint Guyon, attiré vers d'autres voies, n'ayant pas voulu de la succession, Tarnier put ainsi prendre la direction de la vieille et grande maison, pour la conserver vingt-deux années, du 1er juillet 1867 au 1er juillet 1889.

Chacun sait tout ce qu'il fit de grand et de bien durant cette longue étape de sa vie. C'est à la Maternité qu'il s'est affirmé comme chef d'école. C'est là qu'il a eu le mérite, si rare et si grand, de grouper autour de lui et de s'attacher pour toujours ceux que vous connaissez trop bien pour que je les nomme, tous ceux qui sont aujourd'hui les maîtres et l'honneur de l'obstétrique française. C'est enfin là, qu'il a pu trouver et réunir les documents de son enseignement et de ses publications.

M. Segond s'étend longuement sur la carrière et la vie privée de Tarnier, sur le rôle qu'il fut son rôle au rôle de sauveur et de Providence — comme professeur à la Maternité, chacun le sait. Le premier il appliqua les bienfaits de l'antisepsie à l'art des accouchements. Ce qu'on connaît moins, ce sont les belles qualités de droiture d'âme et de cœur qui firent de lui un Maître particulièrement digne et le meilleur des fils. Le praticien s'intéresse surtout à l'œuvre de l'accoucheur. C'est elle qui va nous arrêter. Plusieurs grands éléments de succès sont entrés en jeu qui ont permis l'édification du monument. Les rattachant à la forme d'esprit du Maître, M. Segond les décrit ainsi :

Ingéniosité particulière,

Sens clinique extraordinaire,

Qualités supérieures attestées par sa lutte contre l'infection puerpérale, lutte à laquelle il a consacré toute sa vie.

Comme preuve d'ingéniosité, on doit surtout citer la couveuse, le ballon excitateur, le basiotribe et le forceps.

Le mémoire dans lequel Tarnier fait connaître sa couveuse et les ressources du gavage, pour l'élevage des prématurés, date de 1885. Il aimait à conter comment une promenade au Jardin d'acclimatation, avec son ami Geoffroy Saint-Hilaire, lui avait suggéré l'idée d'appliquer aux bébés trop pressés, ce qui sauvait si bien les petits poulets ou les petits dindons, et c'est en 1880, pendant l'internat de Bar, qu'il fit, à la Maternité, ses premiers essais. Or, à cette époque, malgré le berceau incubateur de Denucé et la baignoire à deux parois de Credé, construits, le premier en 1857 et la seconde en 1864, on ne s'en contentait pas moins de l'ouate et des boules d'eau chaude pour réchauffer les trop tôt venus. La couveuse perfectionnée de Tarnier, avec ses glaces de surveillance et sa température régulière, constitue donc un sérieux progrès. Elle a sauvé des enfants pesant moins de 1,200 grammes et d'autres n'ayant même pas, à leur naissance, 32 degrés de température rectale.

Le ballon excitateur, imaginé en 1862, pour provoquer l'accouchement avant la fin de la grossesse, ballon dont Champetier de Ribes devait, plus tard, s'inspirer si heureusement, est à son tour une invention dont la portée pratique s'est rapidement imposée.

La plupart des instruments qui portent le nom de Tarnier sont enfin de véritables modèles, qui révèlent tout-à-fait les tendances pratiques de son esprit. On les dirait machinés par un Farabeuf.

Laissant de côté les embryotomes rachidiens, dont les qualités absolues sont peut-être contestables, examinons seulement le basiotribe et le forceps.

Le basiotribe définitif de Tarnier a été présenté à l'Académie le 1er décembre 1883. Jusque-là, l'em-

Digitized by Google

bryotomie céphalique était parmi les opérations les plus pénibles et les plus défectueuses. Dans les cas de bassins assez rétrécis pour empêcher les céphalotribes alors en usage, d'assurer l'extraction après broiement de la tête, les opérateurs et les opérées se trouvaient en fort médiocre posture. D'autant que les cranioclastes, vantés en pareil cas, à l'étranger, ne valaient pas mieux que les céphalotribes. Ils permettaient une prise solide, mais ils broyaient très mal. Le basiotribe Tarnier est venu lever toutes les difficultés. Et, qu'on le note bien, Bar le réclame avec raison, ce fut, dès sa première forme, un instrument réellement original.

Il empruntait au céphalotribe sa puissance d'action; au cranioclaste, sa sûreté de prise. Tel qu'il est maintenant avec ses trois branches, dont l'une perfore et dont les deux autres, grâce à leurs vis indépendantes, permettent de broyer en deux temps successifs pour procéder ensuite à l'extraction, le basiotribe de Tarnier est, on peut le dire, avec Bar et Budin, « un instrument parfait et l'embryotomie céphalique est aujourd'hui devenue, grâce à lui, une des interventions les plus faciles et les plus sûres de l'obstétrique. »

Quant au forceps Tarnier, c'est un instrument de premier ordre dont la genèse et les destinées seront toujours instructives à repasser. C'est en 1873, pendant son séjour à Hyères, que Tarnier l'a conçu. Quatre ans plus tard, le 23 janvier 1877, il en a donné la théorie et détaillé les mérites dans un mémoire remarquable par sa déductive lucidité. Il y dénonce, d'abord, comme « véritable hérésie scientifique », les doutes qu'on pourrait avoir sur la nécessité de « donner aux tractions faites sur le forceps la direction de l'axe du canal que la tête fœtale doit traverser ». Il continue, en montrant combien il serait avantageux, « surtout pour les jeunes accoucheurs, d'avoir un forceps muni d'une aiguille indicatrice qui pût guider l'opérateur et lui indiquer automatiquement, et à chaque instant, dans quel sens il doit diriger ses tractions. » « Un pareil perfectionnement, dit il, en concluant, n'est pas impossible à réaliser... » Et il le réalisa merveilleusement.

Le forceps qu'il fit alors construire donnait déjà la solution du problème qu'il s'était posé avec un degré d'approximation remarquable. Les perfectionnements vinrent ensuite et, transformant sans cesse son invention première, Tarnier nous donna bientôt l'excellent instrument qui est maintenant dans les mains de tous les accoucheurs. C'est lui qui a servi de modèle à tous les forceps construits depuis, et qui tous reposent sur ces trois principes : traction dans l'axe, mobilité de la tête, aiguille indicatrice.

L'aiguille ! La fameuse aiguille ! Ce nom seul remet en mémoire les polémiques de l'époque et surtout les deux articles publiés par Pajot dans les *Annales de gynécologie*, avec toutes les saillies de sa verve coutumière. Le dernier en date s'intitulait, vous vous en souvenez : « La seconde au forceps à aiguille », et, certes, peu de discussions contiennent en leurs dossiers document plus incisif et plus spirituel.

Mais l'esprit n'a pas grand'chose à faire avec la meilleure manière de tirer dans l'axe d'une femme qui accouche, et si le célèbre Pajot sut nous mettre en gaieté par la parodie d'un vers connu : « Rien n'est bien que Levret, Levret seul est aimable », il fut moins heureux dans son argumentation d'accoucheur. Tarnier, du reste, ne répondit qu'à sa première attaque, il le fit avec le calme et le sang-froid dont il ne se départissait jamais, et « La seconde du forceps à aiguille » le laissa indifférent. Le simple bon sens, les faits, la vulgarisation rapide de son instrument répondirent pour lui. Et j'imagine qu'à cette heure, ses premiers adversaires seraient eux-mêmes édifiés. Si nous avions encore le bonheur de pouvoir les entendre, Pajot, sûrement, ne parlerait pas plus du forceps à aiguille que Depaul du guide-âne des accoucheurs.

A leur tour, les écrits de Tarnier fixent d'une manière non moins probante le sens clinique supérieur qui lui valut sa renommée.

Sans même parler encore de ses travaux sur l'infection puerpérale, les notes anatomo-pathologiques et chirurgicales qu'il a présentées à la Société anatomique et à la Société de chirurgie, la contribution qu'il a prise à la puériculture par ses communications académiques sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, ses leçons d'ouverture, sa préface au *Traité de gynécologie* de Hegar et Kaltenbach, ses publications successives sur le retournement de la muqueuse rectale comme moyen d'exploration, les tumeurs fibreuses, l'opération césarienne, l'amputation utéro-ovarique, la symphyséotomie et sur tant d'autres sujets intéressants... tout ceci forme, en vérité, le plus imposant ensemble.

Parmi tous ces travaux, dont plusieurs sont marqués au coin de la plus réelle originalité, il convient de mettre en première ligne : sa collaboration au classique traité d'accouchement de Cazeaux dont il a fait une œuvre pour ainsi dire personnelle ; ce qu'il a écrit dans les troisième et quatrième livraisons de l'atlas Lenoir, Sée, Tarnier sur le mécanisme de l'accouchement et les opérations obstétricales ; enfin, ses articles de vulgarisation, dans le Dictionnaire Jaccoud, sur le forceps, l'embryotomie et quelques autres sujets. Ce sont de véritables modèles. On sait, enfin, qu'à la veille de sa mort il travaillait encore au traité d'accouchements dont il avait commencé la

Digitized by Google

publication avec Chantreuil, puis avec Budin, et dans lequel il rêvait de condenser les enseignements de sa longue expérience.

C'est là, n'est-il pas vrai, plus qu'il n'en faut pour affirmer la valeur du chef d'école et pour montrer combien les disciples, maintenant chargés de conserver, à l'obstétrique française, sa place d'avant-garde, ont raison de glorifier leur maître en lui donnant une place d'honneur dans la grande famille des Moriceau, des Levret, des Baudelocque, des Paul Dubois et des Pajot.

Mais j'ai hâte d'arriver au plus grand titre de gloire de Tarnier, à la raison d'être essentielle de sa haute supériorité.

Cette raison d'être, merveilleuse et vraiment superbe, c'est la vision qu'il eut, dès le début de sa carrière, sur les causes de l'infection puerpérale ; c'est d'avoir lutté, pendant vingt ans, pour démontrer que les infections puerpérales sont contagieuses; c'est enfin d'avoir consacré les efforts de toute sa vie à trouver les plus sûrs moyens d'éteindre le fléau.

En 1856, sur 2237 femmes entrées à la Maternité, on en voyait mourir 131, soit 1 sur 19, et lorsque l'interne Stéphane Tarnier déplorait, devant ses maîtres, cette mortalité terrible, lorsqu'il se lamentait de certaine série plus effroyable encore qui lui avait permis de relever, en dix jours du mois de mai, 31 morts sur 32 accouchements de femmes jeunes, saines et bien portantes, les Delpech, les Danyau, les Paul Dubois lui répondaient simplement : « Ce qui se passe à la Maternité se passe en ville; l'épidémie règne partout...Cela a toujours été ainsi, et cela sera toujours.» Tant et si bien qu'ils ne redoutaient même pas de procéder à l'examen des malades en sortant des amphithéâtres d'autopsie.

Comme encouragement, c'était médiocre. Mais la réponse avait au moins un mérite : celui de contenir exactement le contre-pied de la vérité. Et c'est peut-être, comme le dit Tarnier, le triste fatalisme d'un pareil renoncement, qui lui mit au cœur l'ardente volonté « de découvrir la cause des épidémies de fièvre puerpuérale et de trouver les moyens de lui porter remède ». Voilà le début. Vous savez le reste assez bien pour que sa rapide évocation suffise.

Une fois maître de son observation première et fondamentale, sur la certaine contagiosité des infections puerpérales, qui ne tuait qu'une femme sur 382 accouchées, aux alentours de la Maternité, alors qu'au sein du vieil établissement, encombré et sale, la mortalité moyenne était de 1 sur 19, il donne, dans sa thèse inaugurale, la preuve irréfutable que le fameux « génie épidémique », devant lequel on s'inclinait avec des points d'exclamation en guise d'antiseptique, n'était qu'un virus et que ce virus ne dépassait guère les murs de l'hôpital.

L'année suivante, il reprend la même démonstration dans son traité sur la fièvre puerpérale et les travailleurs de tous pays lui répondent aussitôt. Tribuchet à Paris, Barns à Londres (1858), Credé à Leipzig (1860), Huggenberger à Saint-Pétersbourg (1863), Spaelh et Braun à Vienne (1864), Malgaigne et Le Fort, pour n'en citer que quelques-uns, viennent tour à tour confirmer le fait que la mortalité était plus considérable dans ces hôpitaux qu'en ville.

Plus heureux que l'Américain Samuel Kneeland qui avait cependant, dès 1846, parlé de la contagion en termes très précis, et que Semmelweis (de Vienne), lequel avait si bien vu les choses que, « dès le mois de mai 1847, il obligea les étudiants à se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux, et à faire usage de la brosse à ongles avant de pratiquer un examen ou un accouchement. » Tarnier a donc, au début même de ses efforts, la satisfaction de se voir écouté, compris et soutenu. Il se console aussi bien vite des critiques académiques provoquées par ses assertions premières, et après treize ans d'efforts, dès le 28 février 1870, il peut enfin, comme chirurgien en chef de la Maternité, organiser les services et prendre les dispositions conformes à ses idées sur la contagion, réserver l'infirmerie aux femmes malades, leur consacrer un personnel distinct, défendre à l'interne du service l'accès des salles d'autopsie, construire enfin un pavillon avec chambres séparées.

Le résultat ne se fait pas attendre. La mortalité, qui s'était maintenue à plus de 9 p. 100 de 1858 à 1870 (93 morts pour 1000 accouchements), tombe aussitôt, par le seul fait de l'isolement, à 2,32 p. 100.

. . . . . .

Une fois donné, l'élan se poursuit. Les élèves du maître Dolérès, Bar, s'inspirent de ses préceptes. Entre leurs mains, la mortalité tombe à 1/100.

M. Segond termine ainsi :

Les fleurs oratoires sont inutiles à la belle couronne que les œuvres seules de Tarnier lui ont tressée et ses titres de haute noblesse scientifique se réduiraient-ils à ceux qu'il a conquis dans sa lutte victorieuse contre l'infection puerpérale, qu'ils suffiraient grandement à lui garantir pour toujours l'admiration de ses pairs et la gratitude des hommes.

Hopital Necker. — M. H. Huchard, a commencé ses conférences de clinique thérapeutique et de thérapeutique physiologique, avec présentation de malades, le *vendredi 11 février, à 10 heures très précises*, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux analgésiques locaux presque exempts de toxicité (acoïne et dionine). — M. Chauvel fait le rapport suivant sur un mémoire de M. A. Darier.

I. — L'oculistique a donné à la chirurgie la cocaïne, anesthésique local d'un emploi très répandu et qui, malgré ses propriétés toxiques, peut être utilisé, on peut dire *sans danger*, si l'on observe les règles si nettement fixées par notre collègue M. Reclus. Instillée en solution à 1 p. 100 dans le sac conjonctival, elle annihile la sensibilité à la douleur de la muqueuse ainsi que celle de la cornée, mais son action n'est ni prolongée ni profonde. Au contraire, la *dionine*, dont le Dr Darier a démontré les propriétés analgésiantes, permet d'atténuer, et même de supprimer totalement, les douleurs oculaires profondes souvent atroces dont souffrent certains malades.

Déposée entre les paupières elle donne une sensation de cuisson, de brûlure ; elle détermine un œdème parfois considérable, mais en même temps elle endolorit l'œil, et bientôt elle calme les souffrances qui partent de la cornée, de l'iris, du cercle ciliaire ; elle rend le sommeil à de malheureux glaucomateux torturés par les névralgies ciliaires. Sans doute certains sujets sont réfractaires à son action bienfaisante, et celle-ci ne tarde pas à s'atténuer et à disparaître si l'emploi des solutions est trop souvent répété ; mais grâce à la dionine on peut ne pas recourir à la morphine, au chloral, aux hypnotiques généraux, chez les patients chez lesquels ils sont contre-indiqués.

M. Darier conseille aussi de l'utiliser dans les névralgies dentaires. Une parcelle de dionine déposée dans la cavité creusée par la carie, et maintenue en place par une boulette de coton, suffit pour calmer les souffrances, pour les faire disparaître durant une ou deux journées, et parfois elles ne reviennent plus.

A ces doses minimes la dionine n'a jamais produit aucun accident toxique, aucun trouble de la circulation, aucun malaise notable. On peut donc l'utiliser sans crainte d'après notre confrère, et je ne sache pas qu'aucun grief ait été formulé par d'autres praticiens à l'égard de cette substance.

II. — Au contraire de la cocaïne, qui est un analgésique de surface quand on l'applique sur les muqueuses, l'*acoïne* n'a d'action anesthésique locale que si le revêtement épithélial est détruit, s'il y a plaie ulcérée, perte de substance ; son action est plus lente et plus durable. Mais elle a sur la première le grand avantage, sinon d'être dépourvue de toute toxicité, au moins de n'avoir jamais produit d'accidents aux doses où on l'emploie d'ordinaire. M. le Dr Darier utilise cet alcaloïde pour rendre indolores les injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales des substances les plus irritantes, telles que le sublimé, l'iode, les solutions salées concentrées.

Dans les opérations un peu laborieuses (énucléation du globe oculaire, névrotomie optico-ciliaire, blépharoplastie, avancement musculaire), la solution à 1 p. 100 d'un mélange de cocaïne et d'acoïne a donné à notre confrère les résultats les plus satisfaisants comme rapidité et comme durée de l'anesthésie. Aussi n'hésite-t-il pas à recommander cette association pour la pratique des injections intra-rachidiennes. Je ne sache pas qu'elle ait jusqu'ici été utilisée dans ces cas. *(4 février)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Des troubles de la nutrition dans la syphilis. — MM. Gaucher et Crouzon ont constaté dans 70 0/0 des cas un rapport de l'azote de l'urée à l'azote total inférieur à la normale, et dans 31 0/0 une augmentation du poids de la molécule élaborée moyenne Cette diminution du rapport azoturique et l'augmentation du poids de la molécule élaborée moyenne traduisent l'incomplète élaboration des matières azotées ; il y a ralentissement de la nutrition, suivant la dénomination de M. Bouchard. Ce ralentissement de la nutrition rapproche la syphilis des intoxications chroniques et des auto-intoxications. Aussi, bien que la syphilis soit vraisemblablement une maladie infectieuse microbienne, les troubles de la nutrition qu'elle provoque semblent être dûs à des toxines et on doit la considérer surtout comme une toxi-infection.

Invagination intestinale chez un enfant de quatre mois et demi. Opération, guérison. — M. Moutard-Martin. Cette observation est intéressante par les remarques suivantes. Le diagnostic d'invagination n'a pu être fait que trois jours après le début des accidents. Le ventre a conservé une souplesse et une indolence remarquables pendant toute la durée de la maladie. L'exploration a toujours été facile et l'on constatait nettement que la séreuse péritonéale n'était pas enflammée.

L'invagination avait une longueur de 15 centimètres, et les parties suivantes s'étaient trouvées poussées jusque vers l'S iliaque : colon ascendant, cœcum avec l'appendice et la valvule, intestin grêle sur une longueur de 4 centimètres environ.

Le jeune âge de l'enfant n'a pas été considéré comme une contre-indication de l'intervention chirurgicale, et le succès de l'opération a justifié cette manière de voir. *(31 janvier)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos des accidents du chloroforme. — M. Reynier. Un mauvais vent souffle depuis quelque temps contre cet agent merveilleux qui nous a rendu de si grands services, le chloroforme. Cependant l'éther, et la rachicocaïnisation pas plus que lui n'offrent une sécurité absolue.

Malgré les accidents qui ont été rapportés, malgré cinq cas de mort qu'il a eus en 20 ans, M. Reynier reste tou-

Digitized by Google

ours partisan convaincu de la supériorité du chloroforme omme anesthésique.

Le chloroforme pur, bien administré, a dit Sédillot, ne loit pas tuer. Trélat a montré avec raison que cette formule était trop absolue, car elle ne tient pas compte de la usceptibilité variable individuelle, et de certaines conditions défectueuses dans lesquelles on est souvent obligé 'opérer.

Il est certain qu'une malade cachectisée, morphinomane, omme celle de M. Poirier, offre une résistance bien noindre à l'action du chloroforme, et que dans ces conditions un accident peut survenir. Et cependant dans des cas els que celui de M. Poirier, nous devons intervenir, car 'est la seule chance de salut du malade.

Examinons donc les termes de la formule de Sédillot : e chloroforme doit être pur. Or, si nous arrivons en ville avoir du chloroforme offrant toute garantie, il n'en est as de même dans les hôpitaux, où il est quelquefois mpur. Son mode de conservation dans d'énormes récients, d'où il est transvasé dans des flacons de 120 gr. est éfectueux. Il serait préférable de le mettre d'emblée dans s bouteilles de 120 gr. enfermées dans des boîtes de arton, où il serait par suite à l'abri de l'air et de la umière.

La question du mode d'administration appelle celle des hloroformisateurs. Un certain nombre de chirurgiens, vec raison, font toujours administrer en ville le chloroorme par le même médecin ; celui-ci, instruit par une ongue expérience, attentif aux moindres incidents de l'aneshésie, sait les prévenir. Combien cela est différent de ce ui se passe quelquefois, dans les hôpitaux, où le chloroorme est donné par un simple étudiant en médecine, ncore au début de son noviciat.

Certaines idiosyncrasies redoutables paraissent, pour uelques-uns, devoir modifier la formule de Sedillot. On ourra beaucoup diminuer l'influence de ces prédispositions en se donnant la peine de faire par avance le dianostic de tares individuelles qui disposent aux accidents.

M. Lucas-Championnière. La respiration doit être l'obectif de tout chloroformiste Sa surveillance est tellement mportante que si le pouls ou la respiration ne peuvent tre observés simultanément, il ne faudrait pas hésiter à bandonner le pouls.

Non seulement c'est la surveillance de la respiration u'il faut conseiller, mais il ne faut pas oublier que le oumon est l'origine des accidents les plus multiples et es plus graves, quelle que soit la nature de l'anesthésique mployé. Il faut donc se préoccuper du poumon plus que u cœur, d'autant plus que les cardiaques, quoi que l'on it dit, supportent assez bien le chloroforme. Il n'en est as de même des malades atteints de lésions pulmonaires.

Grossesse extra-utérine. — M. Carlier, de Lille, com nunique une observation de grossesse extra-utérine, avec nort du fœtus. Laparotomie : marsupialisation du kyste œtal ; guérison. *(29 janvier).*

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de médecine. *Séance du 11 Février.* — Reprise d'une vieille discussion. Ce sont les anesthésiques qui ont l'honneur du débat. Lequel vaut mieux de l'éther et du chloroforme ? Les Lyonnais opinent pour l'éther ; le chloroforme est préféré des Parisiens. Lesquels ont raison ? Les Lyonnais ont remporté la victoire avec la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde. Seront-ils aussi heureux dans le domaine chirurgical ? L'éther qu'ils préconisent finira t-il par remplacer le chloroforme dans les hôpitaux parisiens ? Il ne semble pas.

Commencée à la Société de chirurgie, la discussion se poursuit à l'Académie. Elle s'inaugure dans la haute Assemblée par un magistral rapport de notre directeur, M. Huchard, sur la chloroformisation chez les cardiaques. Ce rapport paraissant en tête du numéro actuel, nous n'en apprécierons pas la portée. M. Huchard a du reste sur ce sujet des idées très fermes. Il n'entend pas qu'on parle de sa personne ni de son œuvre dans les colonnes de son journal M. Berger approuve les conclusions de M Huchard. Il estime que le chloroforme peut être sans crainte administré aux cardiaques à condition qu'ils ne soient ni cachectiques, ni dyspnéiques, ni atteints de symphyse cardiaque. L'éther est peut-être moins dangereux que le chloroforme dans des mains inexpérimentées, mais le chloroforme, administré par un aide qui en a l'habitude, est bien supérieur.

Plusieurs orateurs étant inscrits, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Au début, M. Armand Gautier avait fait une communication sur un nouveau corps arsénical, le méthylarsénate disodique. Les cacodylates sont les diméthylarsénates sodiques. Ce nouveau remède appelé plus simplement arrhénal jouit d'une haute efficacité : dans le paludisme, injecté aux doses de 5 à 20 centigr., il guérit en quelques jours des accès fébriles qui avaient résisté 2 à 3 mois à la quinine Les tuberculeux s'en trouvent également fort bien. M. Gautier terminera sa communication à la prochaine séance.

M. Richelot lit une observation d'épithélioma primitif de la région carotidienne. Le malade opéré depuis six mois ne présente ni torticolis, ni attitudes vicieuses, malgré l'absence du sterno-mastoïdien d'un côté.

La note gaie a fait son apparition lors de la lecture du rapport sur les remèdes secrets. Une dame avait envoyé la recette d'un emplâtre infaillible pour la guérison du cancer. Mais cet emplâtre demande à être manié par des mains expertes. Elle seule s'entend à l'employer. L'Académie consent-elle à assister à ses cures ? Tout est pour le mieux. Sinon la pauvre dame ira à la recherche d'une terre plus hospitalière. Elle quittera la France. Et dire que l'Académie ne s'est pas laissé émouvoir ! — K. C.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'orientation et de l'équilibre, par le Dr Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de Médecine. — Un vol. in-8° de la *Bibliothèque scientifique internationale*, cartonné 6 francs. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

L'importante et difficile question de l'*orientation* et de l'*équilibre* est de celles qui intéressent tous les biologistes. Cette fonction complexe ne peut être étudiée qu'avec les cas cliniques et par la méthode anatomo-clinique. Car l'expérimentation chez les animaux ne suffit plus pour les fonctions élevées du système nerveux et la maladie est la seule vraie source d'expérimentation *chez l'homme*. C'est cette étude *physiopathologique de l'appareil nerveux de l'équilibration* chez l'homme que M. Grasset a faite en décrivant les maladies de l'orientation et de l'équilibre.

Il s'est efforcé d'expliquer par l'anatomo-physiologie de cet appareil complexe les symptômes, nombreux et variés, que l'on rencontre fréquemment au lit du malade (vertiges, ataxies, troubles du sens musculaire ..). On peut dire qu'il a écrit ainsi, pour la première fois, un chapitre de neuropathologie et de neurosémiologie, qui intéressera particulièrement tous les médecins.

Les éléments en étaient épars dans les chapitres du cervelet, du labyrinthe, des cordons postérieurs de la moelle, de l'écorce cérébrale.

Faute de groupement synthétique, leur unité fonctionnelle et clinique n'avait pas jusqu'ici suffisamment frappé le pathologiste et le clinicien.

Tableaux synoptiques d'Exploration médicale des Organes, à l'usage des étudiants et des praticiens, per le Dr Champeaux, 1 vol. chez Baillière et fils, prix 2 francs.

C'est une heureuse idée qu'a eue le Dr Champeaux de grouper en tableaux synthétiques tous les procédés et toutes les méthodes d'exploration des organes, en médecine, comme il l'avait fait précédemment en chirurgie.

L'ouvrage se termine par un exposé des méthodes spéciales nouvelles qui ne sont pas encore entrées dans le domaine de la clinique courante (ponction lombaire, ponction du canal sacré, cryoscopie, diazo-réaction, épreuve du vésicatoire).

Manuel des Infirmières, *petite chirurgie*, *pansements*, *bandages*, par le Dr E. Vincent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, 1 vol. chez J.-B. Baillière et fils, prix 2 francs.

Ce deuxième volume traite de ce qu'on est convenu d'appeler la *Petite chirurgie*. L'auteur y a condensé les matériaux des meilleurs traités modernes de ce genre.

Ce manuel dans lequel l'auteur reproduit les leçons qu'il a faites à l'Ecole professionnelle des Infirmières des hospices de Lyon, sera très utile à ceux qui veulent acquérir les notions élémentaires suffisantes pour soigner les malades.

Les établissements centralisés d'éducation et la tuberculose (Congrès d'assistance familiale, tenu à Paris du 17 au 31 octobre), par M. le Dr Baradat (de Cannes).

Le sanatorium fermé ne vaut rien ; il fait de l'encombrement, de l'entassement d'individus malades; il doit être rejeté au même titre que l'internat en matière d'éducation. Le refuge où le malade doit guérir, ce n'est pas l'établissement à règle sévère, où chaque geste est contrôlé et soumis à une discipline ; c'est la famille où la joie du cœur vient stimuler les fonctions languissantes. Que conclure ? Le sanatorium ou la famille ? Peut-être l'un et l'autre et tour à tour au gré de la fortune, du milieu, des habitudes du malade. A côté du phtisique terrain tuberculeux, il y a sa situation, ses goûts, son intérieur familial. Ce sont éléments dont il convient de tenir compte.

Vient de paraître, chez Octave Doin, 8, Place de l'Odéon :

Pasteurisation et stérilisation du lait, par le Dr Henri de Rothschild, lauréat de la Faculté de médecine, officier d'Académie, chevalier du Mérite agricole. In-16 de 96 pages, avec 33 figures dans le texte, 1 fr. 50.

Recherches cliniques et expérimentales sur la bronchopneumonie, dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par le Dr Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. In-8° de 20 pages avec une planche en couleur, 1 fr. 50.

Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (Classification et description sommaire), par le Dr L. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève. 1 volume in-16 de 112 pages, 2 francs.

Étude radiographique et clinique sur la Dyschondroplasie, par le Dr Henri Molin, ex-interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté, moniteur de Clinique chirurgicale. In-8° de 124 pages avec une note du professeur Ollier et 21 fig. dans le texte, 3 fr. 50.

Contribution à l'étude de l'histoire naturelle et médicale des moustiques, par le Dr Henri Polaillon. 1 vol. in 18 de 128 pages avec 32 figures dans le texte, 3 fr. 50.

Le traitement du prostatisme (Hypertrophie de la prostate), à l'usage des praticiens, par le Dr F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° raisin de 520 pages avec figures dans le texte, 10 francs.

Collection Testut. — **Précis de Thérapeutique**, par X. Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux. 2 vol. in 18 colombier, cartonnés toile, formant 1,200 pages avec figures dans le texte, 15 francs.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Considérations sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique.

Par L. Demelin
Accoucheur des hôpitaux

L'asepsie et l'antisepsie exigent, dans leur application, la même rigueur en obstétrique et en chirurgie ; elles ne s'excluent pas l'une l'autre, elles se complètent. Leurs progrès sont incessants, et entraînent une amélioration continue dans les statistiques. La doctrine est une, mais ses formules ne sont pas encore définitives ; et la technique doit se modifier à mesure que les documents scientifiques deviennent plus nombreux et plus précis.

Dans son remarquable livre sur la question (1894), Tarnier montre que pour la période de 1858 à 1869, la mortalité puerpérale, évaluée à 9,31 0/0, tombe à 2,32 0/0 de 1870 à 1880 sous l'influence de l'isolement employé comme seul moyen de lutte contre la contagion. A partir de 1881, l'antisepsie détermine un nouveau progrès marqué par le chiffre de 1,05 0/0. Et ce n'est pas tout : de 1888 à 1894, en effet, à la clinique qui porte aujourd'hui son nom, Tarnier obtint un pourcentage de mortalité maternelle par infection, limité à 0,26 0/0.

Pour savoir où nous en sommes à l'heure présente, j'ai recueilli un certain nombre de statistiques publiées par les chefs de nos principales maternités parisiennes, dans ces dernières années (1891-1901) et j'ai trouvé que leurs moyennes *générales* sont les suivantes :

1° *Une mortalité maternelle, par infection de 0,29 0/0* (avec des variantes allant de 0,069 comme minimum à 0,48 comme maximum, non pas suivant les services d'accouchement, mais selon les années, un même accoucheur ayant eu précisément les deux chiffres extrêmes, dont le plus élevé se rapporte à l'année la plus rapprochée de nous). Ce chiffre de 0,29 0/0 ne diffère guère de celui que donnait Tarnier en 1894.

2° *Une morbidité maternelle par infection de 11,7 0/0* ; (avec les extrêmes de 6,29 et de 19,79 0/0). Il est bon, me semble-t-il, de réunir dans cette série, non seulement les infections génitales, mais aussi les lymphangites du sein, galactophorites, etc. Le relevé de la morbidité est en général fondé sur l'ensemble des cas dans lesquels la température a atteint et dépassé 38 degrés. Elle serait évidemment plus forte, si elle comprenait les faits assez nombreux où les lochies ont été fétides ou purulentes, etc., mais sans élévation de la température, où il y a eu des escarres vulvaires apyrétiques, etc.

3° *Une mortalité infantile par infection de 3,13 0/0* (avec des extrêmes de 0,12 et de 5,51 0/0).

4° *Une morbidité infantile par infection de 4,75 0/0* (avec des variantes allant de 0,89 à 6,5 0/0).

Ces derniers chiffres, relatifs aux enfants, ne comprennent probablement pas l'ensemble de toutes les infections légères ou graves. Certains ont, en effet, compté seulement les infections ombilicales, les autres y ont ajouté les broncho-pneumonies, par exemple, etc. Il faudrait, pour être renseigné, avoir des statistiques intégrales, comprenant avec les infections ombilicales et les broncho-pneumonies, etc., les ictères infectieux, les abcès, les ophtalmies, les staphylococcies, etc., etc., en un mot *toutes* les infections, sans exception, et quelles que soient leurs manifestations et leur bénignité. Car il faut compter non seulement avec les conséquences individuelles de la maladie, mais aussi avec sa propagation d'un sujet à peine touché à un autre qui mourra peut-être.

A la troisième période de Tarnier, allant de 1881 à 1889, et marquée par le pourcentage de 1,05 0/0 de mortalité maternelle, nous pouvons donc ajouter une quatrième de 1889 à fin 1901 où ce même pourcentage est réduit à 0,29 0/0. Ce sont là de beaux résultats, mais ne devons-nous pas chercher à les améliorer encore ?

Il faut convenir que ce chiffre de 0,29 0/0 n'exprime que la mortalité *précoce* observée pendant les jours qui suivent de près l'accouchement. Les femmes quittent les maternités toujours trop tôt et pour la plupart, sur leur demande expresse. Beaucoup d'entre elles, échappant au contrôle de l'accoucheur, rentrent plus tard dans un service de chirurgie pour des accidents infectieux tardifs (suppurations pelviennes, salpingites, etc.) élevant certainement le taux de la mortalité dans une proportion qui reste ignorée. C'est à la morbidité telle que nous l'entendons dans nos services qu'il faut donc s'attaquer, puisqu'elle est la source de la mortalité *tardive* et que celle-ci s'ajoute à la mortalité *précoce* pour élever le pourcentage total.

Ce n'est pas un paradoxe que l'asepsie et l'antisepsie sont plus compliquées pour l'accoucheur que pour le chirurgien. Combien de fois les parturientes n'arrivent-elles pas à la maternité quelques heures, voire même quelques minutes avant d'accoucher ? De nettoyages préparatoires, il n'est alors pas question, ou bien, ils sont exécutés à la hâte, très insuffisants par conséquent. En outre, le chirurgien opère le plus souvent à son heure ; il voit lui-même comment ont été faits les préparatifs et les stérilisations, et la visite finie, sauf exception, tout rentre dans l'ordre jusqu'au lendemain matin. Dans les maternités, c'est à toute heure du jour et de la

Digitized by Google

nuit, et en l'absence du chef et même de son second, que le personnel chargé des accouchements normaux a besoin de se soumettre aux exigences de l'asepsie. D'autre part, sont elles bien nombreuses les femmes qui, de même que le blessé ou l'opéré chirurgical, ont le respect de leur pansement ? qui se soucient de le garder en place, et de ne pas y insinuer des doigts toujours septiques ? Et puis, c'est la multiplicité des contacts avec les organes génitaux, les seins de la mère, avec l'ombilic, les yeux du nouveau-né. Enfin, la septicité de la cavité vaginale (1) est réellement une source d'infection. Les expériences de Dœderlein et Krœnig, tendant à prouver que les sécrétions vaginales sont spontanément douées d'une propriété bactéricide, ont donné à beaucoup une fâcheuse sécurité. Que les microbes préexistent dans le vagin lui-même, ou qu'ils y soient venus du col ou de la région vulvo-périnéale, peu importe. En admettant sans aucune réserve cette propriété bactéricide, on est forcé de se rappeler que, d'après les auteurs mêmes de la théorie, il faut de 10 à 24 heures pour faire disparaître des pathogènes introduits dans le vagin. Si le toucher est pratiqué dans ce laps de temps, il pourra, septique, exalter la virulence de ces microbes, et, aseptique, déterminer l'infection du doigt de l'accoucheur. Malgré les divergences d'opinion, on tend à croire, à l'heure actuelle, que l'asepsie des mains (2) est très difficile à réaliser et à maintenir durable, et beaucoup de chirurgiens recommandent d'éviter à tout prix les opérations ou les explorations septiques, pour garantir les futurs opérés contre une infection toujours menaçante. Or, si l'accoucheur risque de s'infecter le doigt chaque fois qu'il pratique le toucher vaginal, il devra vivre dans un état de perpétuelle inquiétude. La clinique de tous les jours démontrerait sans doute que dans la grande majorité des cas, la septicité du vagin est minime, mais il y a des exceptions très souvent inconnues à l'avance. Les streptocoques, staphylocoques, colibacilles, gonocoques, etc., etc., ont été rencontrés dans le vagin, sans compter les anaérobies, et indépendamment des microbes dits saprophytes (3) qui sont reconnus aujourd'hui capables de devenir virulents comme les autres auxquels on avait pendant longtemps réservé ce privilège. L'oïdium albicans, hôte très habituel du vagin, (dans 40 0/0 des cas) a été signalé comme agent causal de certains abcès. La nécessité d'explorer et d'opérer dans le vagin, qu'il faut, somme toute, accepter comme septique et aussi comme difficile à nettoyer, n'est pas une des moindres difficultés de notre tâche, et la main supposée très aseptique qui doit pénétrer dans l'utérus pour y faire la version ou la délivrance artificielle (1), s'infecte au passage, et transporte les germes dans la cavité utérine physiologiquement pure de tout microbe.

L'antisepsie a gagné tous les suffrages ; l'asepsie lutte encore, non pour supplanter la première, mais pour prendre à côté d'elle une part au moins égale.

De très longs développements seraient nécessaires pour aborder les multiples détails qui composent la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique : Dans les bornes étroites d'un article comme celui-ci, il n'est possible que d'indiquer fort sommairement les principes élémentaires qu'il faut s'efforcer de suivre.

L'isolement des infectées doit être absolu, efficace seulement s'il comporte des chambres de malade et une salle d'accouchement ou d'opération particulière et aussi un matériel et un personnel véritablement distincts. Les pièces de pansement, les appareils, les instruments, tout doit être stérilisé. L'autoclave, l'étuve sèche sont des objets de première nécessité, en outre des récipients qui servent à l'immersion prolongée dans l'eau bouillante. Les injecteurs, pour être irréprochables, doivent être stérilisés chaque fois qu'ils servent. Travail énorme, dira-t-on, dans une maternité ? Oui, si les injections sont multipliées ; non, si elles sont rares. On peut avoir besoin d'interrompre l'injection, et on est souvent embarrassé de savoir où poser la canule sans l'infecter : la plonger dans le récipient plein de liquide aseptique est une faute : il est simple d'avoir à sa disposition un injecteur à deux compartiments sans communication entre eux, l'un des deux contenant le liquide à injecter, et l'autre, plus petit, réservé justement à recevoir la canule au moment voulu.

L'asepsie des mains est difficile à obtenir. Essayons d'éviter les contacts septiques, et servons-nous de gants de caoutchouc quand nous aurons à faire un nettoyage utérin, une injection intra-utérine, à ouvrir un abcès du sein, etc. Il serait bon d'employer les doigtiers de baudruche ou de caoutchouc pour le toucher vaginal quand on n'a pas eu le temps de faire au préalable le nettoyage du vagin. A l'hôpital lorsque plusieurs femmes enceintes viennent en même temps se faire examiner, un assistant de consultation spécial serait fort utile, à la condition qu'il ne fasse pas lui-même d'accouchement dans le même laps de temps, et aussi qu'il évite d'examiner les femmes supposées

(1) Bensis, La flore vulvaire et vaginale chez la femme enceinte, *Thèse de Paris*, 1900.

(2) Longuet, L'asepsie des mains, *Presse Médicale*, 1901, nos 54, 64 et 66.

(3) Bensis, loc. cit. et Chatinière, *Th. Paris*, 1895.

(1) Sippel. Désinfection du vagin au moment de l'accouchement, *Deutsche Praxis*, 25 mars 1901.

Digitized by Google

en travail : celles-ci seraient reçues immédiatement dans le service, où on les désinfecterait extra et intus avant de faire l'examen interne. De toute façon, le toucher doit être rare. Si les femmes enceintes prennent l'habitude de consulter plus ou moins longtemps avant d'accoucher, on aura de bonne heure des renseignements définitifs sur l'état du bassin, sur l'existence de tumeurs ou d'anomalies reconnaissables par le toucher, et on aura moins besoin de répéter ce mode d'exploration pendant le travail où il est plus dangereux que pendant la grossesse. Au cours même de l'accouchement, deux explorations vaginales au plus doivent suffire ; et pendant la délivrance normale, le toucher est absolument superflu ; c'est d'ailleurs le moment où il est le plus dangereux pour la parturiente.

La femme doit être baignée, savonnée, changée de linge, avant de pénétrer dans la salle d'accouchement ; le rectum est vidé, l'anus, le périnée, la vulve, les aines, largement savonnés et rincés avec une solution antiseptique, les poils du pubis très raccourcis dans tous les cas, rasés s'il y a une opération à faire. Le vagin lui-même peut être savonné chez toute parturiente, dès le début du travail, au moyen d'un tampon de coton stérilisé ou d'un morceau de gaz stérilisée imbibé d'eau stérilisée et enduit de savon, monté sur une pince et promené dans tous les sens. Si une désinfection plus minutieuse est nécessaire (blennorhagie, vaginite, etc.), on peut employer un spéculum grillagé (1) qui déplisse la muqueuse et étale les culs-de-sac, de manière à permettre d'en toucher directement tous les points avec un tampon de coton stérilisé imbibé de solution antiseptique. L'injection vaginale aura ensuite une puissance beaucoup plus grande que si on l'emploie d'abord avant le savonnage.

Ces soins une fois pris, pour conserver l'asepsie obtenue, il faut placer un pansement sur la vulve, maintenu fixé pendant le travail par un bandage approprié qui aura le double but de diminuer le nombre des explorations internes, et aussi d'empêcher la femme de s'infecter elle-même avec les doigts. On veillera, non seulement pendant l'accouchement, mais aussi chaque jour, pendant les suites de couches, à ce que les mains et les ongles de la femme soient très soigneusement nettoyés, pour éviter tant les infections vulvaires que les inflammations du sein.

Pendant les suites de couches, le même pansement vulvaire est de mise : en outre une injection vaginale par jour ne peut qu'être utile, à la condition d'être aseptique ; si l'on objecte que dans un grand service hospitalier l'obligation de stériliser contenant et contenu est de nature à compliquer les choses, on peut s'en tenir, pour les cas normaux, aux simples toilettes vulvaires.

Les mêmes considérations s'appliquent aux bains des nouveau-nés que certains accoucheurs suppriment et remplacent par des lotions sur toute la surface du corps.

Cependant la plaie ombilicale doit être aussi peu exposée que possible, jusqu'à sa cicatrisation. La suppression des bains facilite le pansement rare de l'ombilic. Un morceau de coton stérilisé le garantit alors, et peut être rarement changé, le pansement du du ventre pouvant rester en place même pendant les soins de propreté.

Les indications trop sommairement rapides qui précèdent peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Il faut essayer de diminuer les inconvénients de l'urgence et de l'imprévu qui sont l'essence même des maternités, en montrant au public de la classe pauvre principalement, la nécessité pour une femme enceinte de se faire examiner plus ou moins longtemps avant le terme de la grossesse.

2° Il est indispensable de réaliser la *stérilisation* primordiale de *tout* ce qui est appelé à entrer en contact soit avec la femme, soit avec son enfant.

3° Le *pansement vulvaire* maintenu *fixé pendant l'accouchement* comme pendant les suites de couche, aura pour conséquence principale, de *restreindre le nombre les explorations vaginales.*

4° Le *nettoyage vaginal dès le début du travail* protégera la femme et les doigts de l'accoucheur lui-même ; le passage de la main, supposée parfaitement aseptique, et conduite dans l'utérus pour y opérer soit la version, soit surtout la délivrance artificielle, est une cause de morbidité.

Aujourd'hui, sans doute la mortalité puerpuérale a considérablement baissé ; mais la *petite infection* subsiste encore, et n'est-il pas permis de désirer la diminution sinon la disparition des lymphangites du sein, des galactophorites, des lochies fétides, des escarres vulvaires, des élévations passagères à 38 ou ou 38,5 qui cèdent à une seule injection utérine, mais qui sont susceptibles d'engendrer plus tard des complications variées, sans oublier pour l'enfant les fétidités de l'ombilic, les staphylococcies diverses, etc., etc., tous accidents dont la fréquence ne saurait être niée, et qui, légers le plus souvent à la vérité, sont cependant capables de se propager et de déterminer par ci, par là des faits de contagion grave et quelquelois mortelle.

(1) Demelin. *Revues et mémoires d'obstétrique*, p. 706, mars 1900. — *Journal des praticiens*, 30 mai 1900 p. 340.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La fièvre intermittente du littoral contre-indique-t-elle la cure maritime chez l'enfant ?

(Etude de géographie et de prophylaxie médicales)

par le Dr H. Dauchez
Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté à l'Hôpital des Enfants, ancien interne des hôpitaux de Paris

L'étude de la répartition géographique des régions côtières infectées par le paludisme, loin d'être une étude stérile, prend, depuis quelques années, une réelle importance, alors que chaque année les populations des grands centres affluent vers le littoral, attirées par la réclame, sans autre souci que celui de fuir la ville et de vivre à bon marché, quel que puisse être l'état sanitaire des innombrables plages recommandées par les agences, compagnies de chemins de fer, etc.

Or, s'il est tout d'abord un fait bien démontré, c'est que « l'anopheles claviger », agent de transport de la fièvre intermittente, se rencontre sur une foule de points de la côte française, et sur un nombre encore bien plus considérable de plages européennes, africaines, américaines, etc.

Citons seulement pour mémoire les côtes malheureusement si célèbres, à cet égard, de Madagascar (1), de la Réunion, de Sierra-Leone, du Sénégal, d'Algérie, notamment de Bône (Worms) (2) où furent pratiquées de nombreuses expériences par les Anglais.

En Amérique, les côtes du Brésil, de Panama, du Mexique... (3), et plus encore les bouches marécageuses du Mississipi charrient des détritus de végétaux et d'animaux d'origine marine et tellurique dans lesquels vivent et pullulent de nombreux culex et surtout l'anopheles claviger, si bien étudié par R. Blanchard.

Ces mêmes conditions se rencontrent également en Asie, au Tonkin, aux Indes, par exemple, où, sur un effectif de 178,000 hommes, on a dû en hospitaliser 75,000 en moins d'une année (1897) (Dr E. Calmette), à Bombay, en particulier, ville insalubre s'il en fût, destinée à disparaître de par la crue souterraine des eaux, de par la peste, et dans laquelle le paludisme exerce ses ravages non moins qu'à l'embouchure du Gange.

(1) Il est certain, écrivait au début de la campagne M. le Pr Léon Collin (*France Médicale*, 1894, p. 664), qu'à Madagascar existe une zone côtière dangereuse. ., etc. Leroy de Mericourt (Acad. méd., 16 oct. 1894), confirme l'existence de cette zone dangereuse.

(2) Les côtes d'Algérie ont été pour la plupart assainies depuis quelques années.

(3) Dr Lortat Jacob (com. orale).

Dans l'Amérique du Nord, Salisbury en aurait observé sur les bords de l'Ohio, à l'embouchure du Mississipi (Hirtz, Dict. Jacc). A Rio-de-Janeiro, au Mexique, en Colombie, à Panama et dans toute l'Amérique méridionale, principalement sur les côtes, elle sévit avec une égale intensité (Calmette, *Le Caducée*, 6 juillet 1901).

L'Europe, elle aussi, présente un grand nombre de côtes insalubres. La Grèce (à Corinthe), l'Italie (à Fumaroli, Civitta-Vecchia, Baïes, Pouzzoles, Rome, Ostie), la Crimée, quelques points de la côte hollandaise, Amsterdam (Sybrand), se trouvant au voisinage d'estuaires marécageux sont souvent infectés de fièvres intermittentes. « En Italie, ajoute le Dr Calmette, la malaria aurait fait en dix ans 15,000 victimes. »

En somme, la fièvre intermittente du littoral reconnaît toujours pour cause l'insuffisance d'écoulement des eaux des rivières, des fleuves, dont les eaux stagnantes là où leur lit se rétrécit, dissèminent les agents propagateurs du paludisme.

Dans nos climats tempérés, écrit le Pr Blanchard (1), ces insectes meurent à la fin de l'automne; toutefois, certaines femelles déjà fécondées se retirent en quelque endroit abrité et y passent tout l'hiver. Au printemps, elles sortent de leur torpeur et s'en vont pondre dans la mare voisine.

Ces conditions se rencontrant ailleurs qu'au bord de la mer, on conçoit très bien les nombreux cas de paludisme signalés au voisinage des fleuves, canaux, notamment à Beaugency (J. Simon), à Romorantin (2), sur les rives du Danube (Hochsinger (3), voire même sur de jeunes sujets prenant leurs ébats sur les bords du canal Saint-Martin alors en vidange (Comby) et du canal de l'Ourcq (Balzer, Netter, Barth). En France, dit le Dr E. Calmette, le paludisme est endémique en Bretagne (pays côtier)..... dans les vallées de l'Indre, de la Loire, du Rhône, sur les rivages ouest de l'Océan, dans les départements de l'Hérault, du Var, des Alpes-Maritimes (bordés par la mer)....

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de voir éclater

(1) Instruction à l'usage des médecins, des naturalistes et des voyageurs par le Pr Raphaël Blanchard (*Bull. Acad Méd.*, 3 juillet 190 , tome XLIV, p. 25.)

(2) Beaugency et Romorantin sont entourés d'étangs, de cours d'eau. En Sologne, on compte 500 hectares renfermant 1200 étangs, souvent inondés par la Sauldre, le Beuvron le Cosson, le Loiret et le Cher. Dans cet affreux pays de Sologne, écrivait le Dr Burdel en 1857, on compte 70 enfants sur 10 qui languissent sous le coup de l'impaludisme. Les enfants nés de souche paludique paraissent réfractaires (Burdel).

(3) Hochsinger a cité au Coll. doct. Vienne (20 avril 1898) l'histoire d'un nourrisson habitant sur les rives du Danube et infecté de paludisme. En même temps, le même observateur citait un grand nombre d'autres cas relevés chez les riverains échelonnés le long du canal du Danube.

Digitized by Google

la fièvre intermittente sur certains points de la côte française. Telle était déjà l'opinion motivée de notre regretté maître, le Dr J. Simon, qui, dans ses cliniques répétait souvent : « Je l'ai vue (la fièvre intermittente) au bord de la mer présenter les phénomènes les plus étranges chez l'enfant à la mamelle, les uns mourant dans les convulsions, les autres par un refroidissement subit. »

Ces accès pernicieux sont rares en France. Mais la fièvre intermittente typique y est assez fréquente et nous avons pu en relever quelques cas à Saint-Valery-sur-Somme, à Hure (près Cayeux), à Bernières (Calvados), à Kergurioné, près le fort Penthièvre, (Fonssagrives), aux environs du Pouliguen, en Vendée, près des marais salants, aux Sables-d'Olonne, sur la côte Est du bassin d'Arcachon entre Arès et Audeuze, à Marennes et à la Tremblade, près de Saint-Jean-de-Luz, aux environs d'Hendaye, à l'île des Faisans, où mourut de fièvres le peintre Vélasquez (Arnozan), aux environs de Montpellier à proximité de la côte, à Aigues Mortes (où elles diminuent), sur les rives de la Camargue, aux environs de Cannes, à Bonifacio, etc., pour ne parler que des stations où nous avons constaté des faits authentiques.

Nous n'en citerons que quelques exemples qui ne peuvent laisser place au doute :

Le 24 septembre 1894 nous étions consulté pour un enfant de 8 ans ayant passé six semaines à Saint-Valery-sur-Somme et qui, après une saison sans incidents, fut pris, dans le cours d'un embarras gastrique, d'accès de fièvre périodique débutant à 4 h. du soir, avec frissons, fièvre, transpiration, pour finir à 9 h. du soir. Présenté à un médecin de la localité, l'enfant fut reconnu paludique.

Après huit jours d'accès, l'enfant est ramené à Paris, où la fièvre cesse spontanément deux jours, pour reprendre.

Après cinq jours de reprise du traitement, la fièvre intermittente cédait définitivement.

Aux Sables-d'Olonne, bien que la fièvre y soit rare, la diarrhée infectieuse, vulgairement appelée la sablette, résulterait de la pollution des eaux par la rivière.

Pour que le paludisme manque, il faut, en effet, le sable fin ou la roche nue. Encore faut-il en excepter les marais salants, qui, en Vendée, au Pouliguen, ont fourni quelques cas de paludisme, dont nous avons pu nous rendre facilement maître.

Mais c'est surtout, comme a bien voulu nous le préciser M. le professeur Arnozan (de Bordeaux), à l'embouchure de la Seudre, en face de Marennes, que le fléau exerce ses ravages.

La Tremblade, dont le nom significatif rappelle le premier stade de l'accès pernicieux, est aussi, sinon plus malsain que Marennes.

M. le professeur Arnozan, dans la note qu'il veut bien nous adresser sur ce sujet, « considère l'em-« bouchure de la Gironde, la côte de Royan, enfin « tous les rivages de la rive gasconne, comme in-« demnes jusqu'à l'Adour.

« Dans Arcachon, ville d'hiver, ajoute notre con-« frère, le paludisme est inconnu et impossible. Les « deux points cités plus loin sont, en effet, à la pointe « Est du bassin, loin de la ville.

« Passons Biarritz, plage merveilleuse et pure « de toute contamination, pour arriver à Saint-« Jean-de-Luz. Là du moins si la ville est saine, la « baie ne l'est plus. La Nivelle, en effet, fleuve côtier « assez important, se jette dans la mer par un étroit « goulet, en amont duquel elle s'élargit en un vaste « bassin. Ce bassin, à peu près vide à marée basse, « est infect. C'est là qu'un de mes jeunes clients a « pris, en effet, une fièvre pernicieuse, à laquelle il « a failli succomber, après récidive, au 53e jour, « dont il semble complètement indemne depuis « quatre ans.

« L'embouchure de la Bidassoa, entre Hendaye et « Fontarabie, est, comme celle de la Nivelle, un large « bassin se rétrécissant en une passe étroite vers la « mer. Mais cet estuaire sablonneux est très sain. En « remontant de quelques centaines de mètres au-« dessus d'Irun, on atteint l'île des Faisans qui est « basse, plate, et qui sent la fièvre.

« Somme toute, dans ces diverses stations bal-« néaires contaminées, il y a, ou il peut y avoir des « foyers palustres, mais ils sont facilement recon « naissables, et leur action ne s'étend pas au loin. »

Conclusions. — A. — Dans la note ci jointe, résumé des notions nouvelles fournie également par les naturalistes et les cliniciens, nous n'avons signalé que certains territoires côtiers, plus infectés que les autres, mais il n'en est pas moins vrai que partout où est signalée la présence de l'anophèles, l'assainissement s'impose, par la suppression desdits culex, voire même par la destruction des moustiques les plus vulgaires, infectés eux-mêmes par la piqûre de sujets paludiques.

La protection des mammifères (bœuf, chèvre, mouton), des vertébrés à sang chaud, des oiseaux, et même des rongeurs (R. Blanchard, *loco citato*, p. 19 et 24), contre l'inoculation de l'hématozoaire par l'anophèles claviger, découlera donc de l'assainissement des marécages où se développent les larves, soit par le drainage, soit par l'aspersion d'huile de pétrole à la surface des mares d'eau stagnante du littoral maritime ou fluvial.

Les mêmes mesures s'applique également à la dés-

Digitized by Google

infection des navires en provenance des pays infectés, où pullulent à fond de cale les moustiques, comme le prouvent les recherches du Dr P.-R. Joly, à bord du navire la *Rance*, et confirmées par celles du Prof. Blanchard (*Ibid.*, p. 47). C'est à cette condition seule que diminuera ou disparaîtra le paludisme dans les pays côtiers.

B. — En ce qui concerne plus particulièrement l'application de ces données au choix d'une plage, les mères de famille soucieuses d'éviter à leurs enfants toutes les chances d'infection paludique, devront éviter les conditions climatériques et topographiques suivantes, comme suspectes ou défectueuses :

1° Climat chaud, ou saison chaude ;

2° Prairies d'alluvions alternativement baignées par les rivières et l'Océan (Meslier et Dutrouleau) ;

3° Embouchures des fleuves à faible courant lorsque l'inégalité et l'étroitesse des communications favorise leur débordement ;

4° Terrains imperméables permettant le dépôt des détritus organiques. Concetti croit peu à cette influence (*Traité malad. Enfance*, tome I, p. 92) ;

5° Voisinage des fleuves, des égouts, des canaux dont les eaux stagnent ou débordent.

On voit, par ces quelques considérations, qu'à l'époque des villégiatures le choix d'une station balnéaire demande réflexion, et que les climats d'altitude en Auvergne, ou dans la montagne, méritent souvent d'être préférés au littoral au point de vue de l'hygiène infantile.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Cachou. — C'est un vieux médicament presque complètement oublié aujourd'hui. Il mérite mieux cependant que le sort qu'on lui réserve, car il compte parmi les meilleurs astringents connus. Notre maître, M. Huchard, nous a appris que ce médicament est d'une grande efficacité dans le traitement des diarrhées rebelles, et surtout de celles qui sont provoquées chez certains sujets par le régime lacté. Rappelons brièvement les connaissances que l'on possède aujourd'hui sur cette vieille drogue.

Le cachou, ou plutôt les cachous, sont des extraits astringents obtenus par décoction. Trois espèces botaniques appartenant à des familles différentes sont susceptibles de fournir du cachou. Ce sont : l'*areca cathecu*, appartenant à la grande famille des palmiers, l'*accacia cathecu* de la famille des légumineuses-mimosées, enfin l'*uncaria gambir* de la famille des rubiacées.

Le premier de ces cachous est retiré du fruit ou noix d'Arec, il est très rare ; certains auteurs en ont même autrefois nié l'existence. Les quelques échantillons qu'on en possède sont des curiosités de droguier. Les usages sont nuls.

Le cachou de l'accacia cathecu est la drogue que l'on trouve couramment dans le commerce. L'arbre dont on le retire, croît dans l'Inde. C'est le cœur du bois, partie la plus riche en principes astringents, qui sert à son extraction. Elle se fait par décoction dans l'eau, après division convenable, du produit à épuiser. On termine en évaporant au soleil. Ainsi préparé, le produit appelé cachou se présente sous l'aspect d'un extrait brun rouge, dur et compact. La saveur est amère, très franchement astringente. Il est partiellement soluble dans l'eau froide, entièrement soluble dans l'eau chaude ; il l'est aussi dans l'alcool. Sa composition chimique a été beaucoup étudiée, elle n'est cependant pas très connue.

Le cachou renferme de la catéchine $C^{18} H^{18} O^{8}$, composé sur la constitution chimique duquel on n'est pas absolument fixé. On sait que sous l'influence oxydante des alcalis en fusion, il se dédouble en phloroglucine, phénol triatomique et acide protocatéchique ou acide oxysalicylique. On a dit pour cette raison que la catéchine est un phloroglucoside protocatéchique. A côté de ce corps, il faut placer un tannin particulier, l'acide cachoutannique de formule $C^{38} H^{34} O^{15}$, qui semble résulter de la combinaison de deux molécules de catéchine avec élimination d'une molécule d'eau. Ces deux composés donnent, quand on les soumet à la distillation sèche, de la pyrocatéchine phénol diatomique isomère, de la résorcine et de l'hydroquinone. Le perchlorure de fer précipite en vert foncé leur solution aqueuse. Ces différentes réactions font entrer l'acide cachoutannique dans la classe des tannins à noyau protocatéchiques de Brœmer.

Le cachou contient aussi une matière colorante jaune que l'on croit être de la quercétine, corps que l'on rencontre chez un grand nombre de végétaux.

Applications thérapeutiques. — L'emploi du cachou en thérapeutique remonte très loin ; s'il faut en croire certains auteurs, cette drogue était connue de Discoride qui la désignait sous le nom de lycion ; cependant elle n'a été connue dans l'Europe moderne que vers le milieu du XVIIe siècle. Sa composition chimique laisse prévoir son action. « C'est un tonique et un astringent précieux, l'un des meilleurs que possède la matière médicale. Il est employé avec succès toutes les fois que l'estomac ou les intestins ont besoin d'être stimulés ou tonifiés » (Dorvault). On en use pour raffermir les gencives, pour donner aux différents tissus de la bouche plus de fermeté et pour se procurer une bonne haleine. On prescrit encore le cachou comme stomachique dans les débi-

Digitized by Google

lités gastriques avec d'autant plus de confiance qu'il ne cause pas d'irritation inflammatoire. On le conseille dans les dévoiements passifs, les hémorragies passives, les sueurs par faiblesse, la leucorrhée, la blennorrhée, etc. » (Mérat et de Lens).

Il est à remarquer que ces anciens auteurs, bien qu'ils ne connussent pas la différence de constitution chimique qui existe entre les tannins à noyau gallique et les tannins à noyau protocatéchique, connaissaient parfaitement les avantages thérapeutiques des composés du second groupe.

Mode d'administration. — Les formes d'administration du cachou varient à l'infini. Notre maître, M. Huchard, emploie avec succès contre les diarrhées rebelles les pilules suivantes :

Poudre de cachou..... 0,15 centigr.
Miel blanc, q. s.
Pour une pilule, cinq à six par jour.

ou encore

Poudre de cachou..... 0,15 centigr.
Sulfate de quinine..... 0,05 —
Poudre d'opium brut..... 0,01 —
Miel blanc, q. s.
Pour une pilule. Prendre deux pilules quatre fois par jour

On peut donner également la poudre 0 gr. 50 à 8 gr., en cachets, la teinture à 1/5 30 gr., le sirop préparé avec l'extrait aqueux qu'on obtient en dissolvant le cachou dans l'eau froide, filtrant et évaporant à basse température, les pastilles, etc., etc. Le cachou entre dans le *diascordium*; il sert à préparer les grains de cachou des fumeurs, le cachou de Bologne, où on l'associe à diverses essences.

Le cachou retiré des feuilles de l'uncaria gambir, arbre qui croît à Malacca et en Cochinchine, répond aux mêmes indications. On lui réserve le plus souvent le nom de gambir. Sa composition chimique diffère peu, néanmoins c'est au précédent qu'on réserve le nom de cachou véritable : c'est aussi celui que préfère la thérapeutique. Le gambir trouve surtout son emploi dans l'industrie. — E. A.

Formulaire du Praticien

La médication phosphorée

Le praticien désireux de prescrire les préparations phosphorées à ses malades — et les indications de pareille médication se présentent souvent — dans différentes formes de surmenage intellectuel ou moral, dans certains troubles de nutrition accompagnés ou non d'accidents dyspeptiques, dans les fatigues et maladies de croissance, le praticien désireux de donner à ses malades des reconstituants phosphorés, hésite souvent entre les diverses préparations conseillées. Une leçon faite récemment par M. Albert Robin à l'hôpital de la Pitié nous fournit à cet égard des renseignements très circonstanciés. Il est deux médicaments que le praticien fera bien de ne pas prescrire : l'huile phosphorée et l'acide phosphorique.

L'huile phosphorée (dix centigr. par litre, 1 à 3 cuillerées à café par jour) préconisée par Kassowitz dans le rachitisme, est un remède dangereux. Des accidents toxiques sont à craindre, et la préparation au surplus fatigue l'estomac.

L'acide phosphorique ne vaut guère mieux. D'abord, pourquoi prescrire de l'acide phosphorique ? C'est la forme sous laquelle s'élimine le phosphore, non celle suivant laquelle il est absorbé. En outre, comme E. Hirtz l'a démontré, c'est un stéatosant du foie. La nécessité du remède n'est pas démontrée, son action est pernicieuse. En dépit des assertions de M. Joulie, c'est un médicament dont les résultats avantageux sont encore à démontrer.

Quand il s'agit de remonter la nutrition nerveuse, M. Albert Robin préfère les hypophosphites, Ce sont à la fois des stimulants et des régulateurs. Il les associe volontiers aux strychniques.

Le praticien pourra prescrire :

Hypophosphite de chaux..... 0 gr. 50
Hypophosphite de strychnine.. 0 gr. 005
Sirop fleurs oranger..... 200 grammes
Une cuillerée à soupe avant le repas.

pareille préparation qu'on peut rendre plus complexe en y associant les hypophosphites de soude, de potasse, de magnésie, de fer, de quinine, aux doses de 10 à 20 centigr., est parfois mal supportée. Elle stimule trop énergiquement l'estomac ; dans les cas d'hyperchlorhydrie, elle risque d'exagérer les troubles stomacaux.

En pareil cas, on s'adressera plutôt, et quand les accidents gastriques se seront atténués, aux glycérophosphates.

Glycérophosphate de chaux.... 6 grammes
Sirop de cerises..... 200 —
Extrait de Kola..... 5 —
Une cuillerée à soupe avant le repas.

Si les troubles d'hyperchlorhydrie ne rétrocèdent pas, on aura recours au phosphate tribasique de chaux, associé à des poudres absorbantes qui saturent les acides stomacaux :

Phosphate tribasique de chaux.. 1 gramme
Magnésie calcinée..... 0 gr. 15
Carbonate de chaux..... 0 gr 50
Un cachet au milieu du repas.

ou bien encore aux injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude. Pour pratiquer celles-ci, nous conseillons plutôt l'usage d'ampoules qu'on brise et dont on aspire le contenu au moment de s'en servir.

Digitized by Google

Les solutions de glycérophosphate de soude s'altèrent en effet avec une facilité déplorable ; même dans les ampoules, le contenu parfois se trouble. Injectée sous la peau, si le praticien n'a pas eu soin de vérifier la limpidité préalable, la solution risque fort d'amener une inflammation vive et la production d'un abcès.

Aussi, bien et sans même recourir aux remèdes pharmaceutiques, c'est dans l'alimentation que le praticien trouvera les ressources les plus précieuses.

Le lait contient plus de 1 gr. d'acide phosphorique par litre. Où est le besoin d'ordonner, sous une autre forme, un remède qui se trouve renfermé, et à doses si fortes, et d'une façon si aisément assimilable dans le lait ? Les œufs renferment le phosphore en combinaison lécithinée. A côté du lait, ils constituent l'aliment de choix. Cherche t-on d'autres produits phosphatés? On songera au bouillon de bœuf, aux cervelles, aux huîtres, aux moules, à la laitance de poisson, au caviar, aux eaux de petits gibier (mauviettes), à la poudre d'os. Certains légumes sont pa ticulièrement à recommander (petits pois, lentilles, navets, raves, choux blancs, céleri, artichauts, endives).

L'huile de foie de morue agira moins par le phosphore qu'elle contient que comme aliment d'épargne exerçant une action conservatrice sur le phosphore des tissus. — K. S.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

Si le médecin civil jouit à l'heure actuelle du crédit et de la faveur publiques, il n'en est pas de même de nos confrères de l'armée. Ceux-ci ont à essuyer bien des injustices ; les préventions que les partis politiques violents nourrissent à l'endroit de l'armée dépassent le cadre des soldats et des officiers pour atteindre jusqu'à nos confrères. Ne portent-ils pas l'uniforme ? Leur mérite n'est-il pas jugé au nombre des galons ? Dans notre société démocratique et civile, ils jurent par leur costume : hommes de science et de dévouement, ils ne diffèrent des soldats que par un détail insignifiant de la tenue : un parement de velours rouge au col et aux manches. Le signe distinctif est mince : la foule le néglige volontiers. De par l'apparence, le médecin est soldat. Les haines contre l'armée rejaillissent jusqu'à lui. Des campagnes de presse s'organisent, le moindre fait de caserne, accident imprévu, hasard fâcheux, est déformé, amplifié, imputé à crime ; des orages éclatent à propos de vétilles et c'est régulièrement sur le dos du confrère que s'abat l'avalanche. A-t-il au moins le droit de se défendre ? Il lui est interdit de prendre la plume. Ses supérieurs se chargent-ils de plaider sa cause et de confondre les calomniateurs ? Du moment que ce n'est pas un des leurs, mais un simple major qui est attaqué, à quoi bon intervenir ? Une protestation anodine et pour la forme, et c'est assez. On croit avoir beaucoup fait quand on l'a timidement émise. Devant semblable inertie, l'ennemi ne se tient pas pour battu. Il ne désarme pas et guette ; à la première occasion le tapage reprend de plus belle.

Au vrai, nos confrères de l'armée paient la peine d'une loi sociale dont ils ne peuvent mais. Les groupements qu'unit une organisation hiérarchisée et sévère se développent beaucoup plus lentement que les individualités isolées et libres. Plus puissants, plus résistants, plus disciplinés, leur puissance, leur résistance, leur discipline les immobilise, les fixe dans les cadres rigides qu'ils ont acceptés. Le monde poursuit sa marche autour d'eux; ils ne bougent pas. Un individu isolé s'accommode, se plie aux nécessités diverses de l'époque et du milieu. Une fois établis, les règlements d'une association, s'il ne se trouve pas à la tête un homme de tempérament et d'initiative pour les modifier et les adapter aux circonstances, risquent fort de s'éterniser dans leurs formules vieillottes. Il en est ainsi de l'administration qui régit nos confrères de l'armée. De par leurs études et leurs habitudes mentales appartenant à la partie la plus avancée de la nation, à celle qui détient le flambeau et ouvre la marche, ils sont loin, en réalité, d'occuper la place qui leur est due. Des vices d'organisation les embarrassent, les enchaînent, les empêchent de se produire et de donner leur mesure. Nous aurons plus d'une fois à revenir sur les lacunes des règlements qui concernent la médecine militaire. Sans vouloir le moins du monde porter atteinte au respect de l'armée et de ses institutions, il nous semble que le corps de santé, en bien des circonstances, se trouverait mieux d'une organisation plus libérale où l'activité de nos confrères tournée exclusivement dans le sens de leur éducation professionnelle et médicale ne serait pas comme aujourd'hui absorbée par des occupations d'un tout autre ordre où les soucis de comptabilité et d'administration tiennent le premier rang. Il y a un certain nombre de réformes à opérer dans cette direction. Nous n'omettrons pas de les signaler, en apportant à nos critiques l'impartialité et la modération qui conviennent. — C. F.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Action excitante de l'antipyrine. — Les anesthésiques qui suppriment la sensibilité à la douleur avant la sensibilité générale et le sentiment, ont une action excitante à faible dose. Féré qui a poursuivi d'intéressantes recherches à ce sujet (*Journ. de Neurol.*, n° 22, 1901) admet que la douleur et le malaise étant produits par une dépression fonctionnelle sont efficacement combattus par un excitant qui relève le ton de l'organisme. C'est ce que paraît faire l'antipyrine.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

TOXICOLOGIE

Intoxication belladonée grave chez un enfant de sept ans et demi, à la suite de frictions prolongées avec du baume (du Père) Tranquille.

Par MM. les Drs G. Variot et Dufestel.

Le baume Tranquille est une préparation pharmaceutique anodine, très fréquemment employée en frictions ou en applications sur la peau pour calmer les douleurs plus ou moins profondes. Cette huile médicamenteuse est considérée comme peu active en général, et l'on n'hésite guère à la manier largement, aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

L'observation clinique suivante démontre que, dans certaines circonstances, le baume Tranquille appliqué sur la peau peut devenir très toxique ; ce sont ces circonstances que nous nous efforcerons de préciser, car elles doivent être présentes à l'esprit du médecin qui prescrit les préparations belladonées, s'il veut éviter des accidents semblables à ceux que nous allons rapporter.

Il s'agit d'un garçon de sept ans et demi, sujet de temps à autre à des embarras gastro-intestinaux, car il est grand mangeur de viande : ces troubles peu graves cèdent à des purgatifs et à un régime alimentaire un peu sévère.

A la fin du mois de septembre 1901, dans le cours d'un de ces embarras gastro-intestinaux, l'enfant est pris de douleurs très vives avec gonflement dans les principales articulations des membres. Le caractère aigu et la migration des arthropathies ne pouvaient correspondre qu'à une attaque de rhumatisme articulaire. On prescrivit pendant plusieurs jours en potion 2 grammes de salicylate de soude et une pommade à l'acide salicylique (3 gr. p. 60) pour faire des onctions sur les jointures douloureuses.

Le 2 *octobre*, l'état général de l'enfant est satisfaisant, les douleurs articulaires étaient moins intenses, mais persistaient encore : l'enfant ne voulait plus supporter les applications de pommade à l'acide salicylique, qui le piquait, disait-il : en effet, l'épiderme semblait légèrement excorié en quelques places au niveau des genoux.

C'est alors qu'on se décida à recourir au baume Tranquille, pour remplacer la pommade qui n'était plus supportée. On prescrivit 60 grammes de ce baume, en recommandant à la mère de s'en servir pour frictionner doucement les articulations douloureuses.

Dans la journée, l'enfant, qui était très gâté, se plaignit d souffrir beaucoup, et ne voulut pas que sa mère le quittât ; elle dut céder à son caprice et passa la journée à le frictionner sur les jointures et sur le ventre avec le baume Tranquille ; elle usa ainsi tout le premier flacon de 60 grammes et retourna chez le pharmacien chercher un autre flacon sur lequel 25 grammes furent aussi employés jusqu'au soir du 3 octobre. A ce moment, l'enfant se plaignit de ne plus voir clair, devint inquiet, agité, et ne cessait de répéter qu'il ne voyait plus clair. M. Dufestel constata que les pupilles étaient très largement dilatées ; le pouls, d'ailleurs, était régulier et la température normale.

Le lendemain 4 *octobre*, après une nuit très agitée, on retrouve l'enfant avec une dilatation pupillaire énorme ; et en interrogeant la mère, en apprenant l'abus qu'elle a fait du baume Tranquille, on songe à l'empoisonnement par la belladone.

A 9 heures du matin, après un mouvement de colère, l'enfant est pris d'une grande crise de convulsions, et perd connaissance.

M. Dufestel trouve le petit malade inconscient, les membres secoués par des convulsions cloniques ; le pouls est petit, la respiration irrégulière et stertoreuse ; les mâchoires sont serrées au point qu'il est impossible de faire absorber une cuillerée de potion. Les pupilles restent toujours très dilatées, le front et la face sont couverts de sueur.

Ne doutant plus alors d'un empoisonnement par la belladone, M. Dufestel injecte immédiatement sous la peau trois centimètres cubes de la solution suivante :

Eau distillée.....	10 c. c.
Nitrate de pilocarpine.....	0 gr. 10

En même temps il prescrit une potion contenant 3 grammes de teinture de jaborandi, et des inhalations d'oxygène. Il fait faire de la révulsion sinapisée sur les membres inférieurs, et recommande de donner du lait et du café en boisson.

Après une demi-heure, les phénomènes convulsifs s'apaisent ; mais toute la journée le malade reste prostré.

Le 5 *octobre* au matin, nous vîmes l'enfant en consultation. L'état reste très grave : l'enfant est tout à fait inconscient, pousse des cris automatiques, appelle sa mère dix fois de suite ; les pupilles sont extrêmement dilatées, l'iris est tout à fait rétracté vers son grand cercle ; la vue paraît perdue et l'expression du visage est hagarde ; il y a de la raideur musculaire, surtout aux membres inférieurs et à la nuque ; ce n'est pas sans peine qu'on parvient à asseoir l'enfant pour l'ausculter.

A ce moment le tableau clinique est des plus alarmants ; cependant le pouls et la respiration étant réguliers, la température restant normale, nous sommes d'accord pour admettre une intoxication belladonée grave ; le pronostic nous paraît alors incertain, vu l'extrême intensité des accidents. Nous prescrivîmes la continuation de la potion au jaborandi et des injections hypodermiques de caféine.

Le 6 *octobre*, l'état s'améliore légèrement ; l'enfant paraît reconnaître sa mère et boit un peu plus facilement ; l'agitation est toujours très grande.

Le 7 *octobre*, la température varie entre 36° 8 et 37 degrés : le malade paraît reprendre un peu connaissance ; il tire la langue lorsqu'on le lui demande avec insistance. — Il y a quelques stries sanguinolentes dans les selles ; pas d'albuminurie dans les urines.

Le 8 *octobre*, les selles sont toujours sanguinolentes. La faiblesse est extrême, l'enfant peut à peine soulever la tête ; la dilatation pupillaire commence à diminuer. — On note, ce même jour, une éruption de prurigo sur la peau du bras gauche. L'enfant reconnaît les personnes, et parle assez distinctement.

Le 9 *octobre*, l'éruption du bras se généralise sur les bras et les jambes et s'accompagne de démangeaisons. L'enfant s'assied seul sur son lit, mais il accuse des douleurs tantôt dans la tête, dans les jambes ou dans le ventre ; ces douleurs sont fort vives, car il

Digitized by Google

pousse des cris prolongés : « Oh ! ma tête ! Oh ! mes jambes ! » — Malgré cette aggravation des douleurs et la faiblesse générale, l'enfant continue de prendre un litre de lait chaque jour.

Le 14 et le 15 *octobre*, on pratiqua deux injections de sérum artificiel de 300 centigrammes chacune, qui relevèrent très rapidement les forces. Dès lors les troubles morbides ne cessèrent de s'améliorer. Néanmoins l'enfant conserva dans les jambes une véritable paralysie motrice ; la sensibilité était conservée. Les fonctions digestives reprirent leur activité ; mais il fallut provoquer les selles par des lavements.

Ce n'est que le 25 *octobre* que l'enfant put soulever le talon au-dessus du lit ; jusque-là ses jambes étaient presque inertes.

Le 18 *novembre*, on tenta de faire quitter le lit à l'enfant, mais, dès qu'il avait les pieds par terre, ses jambes fléchissaient. Il fallut, pour lui faire prendre l'air, le promener pendant quelque temps dans une petite voiture. Vers le 20 novembre, il fit ses premiers pas dans la chambre, mais la force dans les jambes ne revint que très lentement.

Le 20 *décembre*, l'enfant peut être considéré comme rétabli ; sa force musculaire dans les membres est à peu près normale, de même que son intelligence et sa mémoire.

Après cet exposé, il est impossible de douter qu'il ne s'agisse d'une intoxication belladonée, et comme l'enfant n'a pris aucune préparation belladonée à l'intérieur, il faut bien attribuer au baume Tranquille l'origine des accidents.

Nous avons remis à M. le professeur Gabriel Pouchet le reste du deuxième flacon, sur lequel la mère de l'enfant avait prélevé 25 grammes. Après analyse dans son laboratoire, M. Pouchet nous a déclaré que la teneur de ce baume en belladone était faible, et n'excédait pas les prescriptions du Codex.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici la composition du baume du Père cordelier Tranquille, dit communément « baume Tranquille », relevée dans le Codex.

On fait macérer d'abord dans l'eau :

Feuilles fraîches de :

Belladone	ãã 200 grammes
Nicotiane	
Jusquiame	

Sommités sèches de :

Absinthe	ãã 50 grammes
Marjolaine	
Millepertuis	
Thym	
Hysope	
Menthe	

Feuilles sèches :

Rue	ãã 50 grammes
Romarin	
Balsamite	
Sauge	

Fleurs sèches de :

Sureau	ãã 50 grammes
Lavande	

Le tout est jeté dans 5.000 grammes d'olives, chauffé, puis décanté.

Dans ce produit un peu suranné de la pharmacopée. la belladone est évidemment la substance active, et elle n'y est incorporée qu'en quantité assez faible comme on le voit.

Comment expliquer l'intoxication bien exceptionnelle chez l'enfant dont nous avons décrit les symptômes ? Faut-il admettre une idiosyncrasie, une susceptibilité étrange de l'enfant pour la belladone ? Cette hypothèse est évidemment plausible, mais elle serait plus probable pour un adulte que pour un enfant. Nous connaissons bien la grande tolérance habituelle du jeune âge pour les préparations belladonées. Il est plus vraisemblable de faire intervenir comme cause efficiente de cette intoxication : 1° l'irritation préalable de la peau et l'excoriation de l'épiderme par l'application de la pommade à l'acide salicylique avant l'emploi du baume Tranquille ; 2° les frictions énergiques et très prolongées de la mère qui ont décapé l'épiderme de l'enfant sur une large surface, et favorisé la pénétration de la substance toxique dans le derme.

Telle est l'opinion de M. Pouchet avec lequel nous nous entretenions de ce cas. Cette opinion est aussi celle des médecins anglais qui pensent que l'intoxication à la suite d'application d'emplâtres belladonés un peu étendus ne peut se produire que si l'épiderme a été préalablement altéré, ramolli, etc, Dans le numéro du 16 octobre 1901 de la *Lancette*, on rapporte le cas d'une jeune fille qui fut atteinte d'un rhumatisme musculaire de la région lombaire après une chasse aux canards dans les marais. Pour calmer la douleur, on fit d'abord une première friction de la peau avec du whisky, puis une autre avec « Jacob's oil » (sans doute une huile irritante) ; en troisième lieu, on placarda sur les lombes un emplâtre belladoné. Alors éclatèrent des phénomènes d'intoxication belladonée assez graves. On a vu aussi des accidents plus ou moins semblables si on laisse en place assez longtemps des emplâtres belladonés d'une certaine surface, parce que l'épiderme finit par se ramollir sous l'emplâtre, et l'absorption du poison est ainsi facilitée dans le derme.

Nous avons cru utile de rappeler quelques faits plus ou moins semblables au nôtre pour bien montrer que des préparations belladonées pour l'usage externe en apparence très anodines, telles que le baume Tranquille, peuvent devenir très dangereuses si les réseaux lymphatiques et la surface absorbante des papilles ne sont plus recouverts et protégés par l'épiderme.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Le foie chez les dyspeptiques. — Les procédés nécessaires pour apprécier le volume et la situation du foie sont la percussion et la palpation.

La percussion bien faite sera obtenue pendant le repos respiratoire (le poumon étant dans une position intermédiaire entre l'inspiration forcée et l'expiration forcée) ; on percutera des organes sonores sus et sous-jacents vers l'organe mat ; la limite supérieure de matité vraie sera obtenue par une percussion très forte : on ne cherchera pas, comme le font certains cliniciens, à déceler une submatité sus-jacente plus ou moins factice ; la limite inférieure de la matité sera obtenue par une percussion très légère, très superficielle, afin de ne pas faire vibrer l'intestin sous-jacent.

La palpation ne s'adresse naturellement qu'au bord inférieur du foie ; on pratiquera successivement : la palpation dite ascendante, qui consiste pour le médecin assis au bord du lit, un peu au-delà de l'épaule du patient, à explorer l'abdomen de bas en haut à l'aide des extrémités digitales des deux mains rapprochées qu'il ramène progressivement vers lui par petites secousses successives de palpation, agissant en somme comme s'il palpait son propre abdomen ; la palpation dite respiratoire qui consiste à reconnaître la forme, la consistance, les limites du bord inférieur du foie subissant des alternatives d'abaissement et d'élévation sous l'influence de forts mouvements inspiratoires ou expiratoires provoqués.

M. Mathieu, considère comme normal tout foie non douloureux à la palpation ne dépassant pas au repos respiratoire le rebord des fausses côtes et dont les dimensions verticales prises sur la ligne mamillaire varient entre 7 et 9 centimètres. Le foie petit est celui qui n'a pas plus de 5 à 6 centimètres de dimensions verticales. Le foie gros est celui qui atteint plus de 9 centimètres. Le foie abaissé est celui qui, soit normal comme dimensions, soit petit, soit gros, a son bord supérieur abaissé sans lésions pleuro-pulmonaires, son bord inférieur débordant dans tous les cas les fausses côtes. M. J. Mayeur (*Thèse, Paris 1900*) dépouillant 560 cas de dyspeptiques observés à l'hôpital Andral, a trouvé 354 fois normales les dimensions verticales du foie sur la ligne mamelonnaire. Le foie était augmenté de volume dans 91 cas sans qu'il fût possible de discerner l'action prédominante d'une forme particulière de dyspepsie ; par contre doivent être relevés comme facteurs certains de cette hépatomégalie l'alcool en premier lieu et plus rarement la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose, le brightisme, le diabète, les cardiopathies ; enfin dans un nombre de cas assez élevé on a noté des troubles variés de fonctionnement de l'intestin. Le foie était diminué de volume dans 1/3 des cas sans qu'il fût possible même de discerner l'action prédominante d'une forme particulière de dyspepsie ; l'alcoolisme a été noté dans 1/3 des cas sans coïncidence des signes caractéristiques d'une cirrhose atrophique. L'hépatoptose vraie s'est rencontrée 44 fois dans toutes les modalités des gastropathies, pas plus souvent avec des foies gros qu'avec des foies normaux ou petits, mais le plus souvent chez des personnes ayant présenté : l'amaigrissement marqué et rapide, les vomissements alimentaires répétés, la grossesse. — R. B.

Diabète sucré chez les enfants. — Le diabète sucré est assez rare chez les enfants ; mais son existence a été mise hors de doute. Il semble même, d'après certaines observations de Ludwig, de Rossa, de Bell, qu'il puisse apparaître au cours de la vie intra-utérine. Bell l'a constaté à trois mois ; Kitselle à l'âge de quatorze jours.

Quoi qu'il en soit, le diabète des enfants est ordinairement un diabète grave, à marche assez rapide. Il peut avoir une évolution suraiguë, comme dans le cas de M. Legendre (*Archives de médecine des enfants*, mars 1901). Il s'agissait d'un jeune juif, ayant une hérédité goutteuse paternelle et maternelle très chargée, une hérédité lithiasique et diabétique. L'enfant n'avait eu dans les premiers mois de la vie qu'une grippe légère pour toute maladie.

Le diabète se révéla par des besoins fréquents de boire, par de l'amaigrissement, de la pâleur, de la faiblesse, de la mauvaise humeur. L'urine contenait du sucre (13 gr. par jour). Le foie était un peu gros. Malgré le traitement, le diabète progressa, les symptômes augmentèrent, la glycosurie atteignit 21 gr., puis 46 gr. par jour, l'acétone apparut dans l'urine. Quatre ou cinq semaines après le début, l'enfant succombait dans le coma.

L'évolution cependant n'est pas toujours fatale. M. Baumel a rapporté dans le même journal (*Archives de médecine des enfants*, mars 1901), le cas d'une fillette de six mois qui fut atteinte de diabète et dont le diabète guérit. L'affection débuta par de l'œdème des paupières, des mains et des jambes, par un désir constant du sein sans pouvoir être rassasié, par l'apparition d'urines fréquentes, abondantes, décolorées, par des démangeaisons. L'urine examinée contenait 1 gr. 50 de glycose par litre. Quelque temps après l'entrée à l'hôpital, la petite fille guérissait progressivement de son diabète : le sucre disparaissait, le poids augmentait. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Bien que M. Baumel incrimine une irritation

Digitized by Google

réflexe du centre bulbaire de la glycosurie consécutive à l'évolution dentaire, il nous semble que la cause de ce diabète est absolument inconnue.

Il n'en est pas toujours de même. Chez les enfants, ainsi que le prouve une observation de M. Lemonnier (*Archives de médecine des enfants*, mars 1901), la syphilis héréditaire peut produire le diabète. Cette forme est curable par le traitement spécifique dont le succès prouve en même temps la nature de la maladie.

Il s'agit d'une petite fille de sept ans et demi qui depuis trois mois buvait et urinait dans des proportions énormes. Elle était très amaigrie, avec un teint terreux et une peau sèche; le foie était hypertrophié; l'anémie assez marquée, l'urine contenait beaucoup de sucre. Connaissant les antécédents héréditaires, M. Lemonnier institua un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

Après deux mois de traitement, le foie avait un peu diminué, la polyurie était moins abondante, l'enfant moins apathique, le teint meilleur. Le traitement fut continué encore quelques mois, et après ce temps la polydipsie, la polyurie, la glycosurie avaient disparu, le foie était redevenu presque normal. Depuis la guérison s'est maintenue. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La néphrotomie dans les néphrites chroniques médicales. — La chirurgie avance; de plus en plus elle empiète sur le domaine de la médecine. Des territoires qui lui semblaient interdits, elle se les annexe très délibérément et nul ne proteste. Dans les maladies des reins, son rayon d'intervention s'étend chaque jour. Ce n'est plus seulement aux affections chirurgicales qu'elle s'intéresse. Elle s'en prend aux maladies qui ne semblaient guère justiciables que d'une thérapeutique médicale. Elle s'attaque aux néphrites chroniques; pour un coup d'audace, c'en est un. Les malades s'en féliciteront-ils? J'accorde que le régime lacté était loin de les satisfaire. C'était fade comme alimentation, et puis cela ne les guérissait pas toujours. Le dégoût qu'ils surmontaient n'était pas compensé par un bénéfice toujours assuré. Ils mouraient quand même à la longue. Grâce à la chirurgie, le supplice d'un régime fastidieux et long va-t-il leur être épargné? En pareille matière, il n'est jamais prudent de se prononcer à la légère. Les résultats acqu's toutefois ne laissent pas d'être intéressants.

Le premier germe de l'idée a été émis par Harrison, en 1896; une néphrite aiguë scarlatineuse ou autre ne pouvait-elle être améliorée du fait d'une intervention chirurgicale? Une incision rénale, en décongestionnant l'organe, n'éviterait-elle pas le passage de celui-ci à l'état chronique? La question avait lieu de surprendre. User du bistouri pour une maladie qui guérit le plus souvent médicalement, c'était d'un esprit plutôt téméraire.

Plus tard, Rose, Neumann, Ferguson, chez des malades atteints de rein mobile et qui avaient subi la néphropexie remarquèrent la disparition de l'albuminurie.

M. Pousson (de Bordeaux) appliqua la néphrotomie aux accidents graves et menaçants des néphrites chroniques. Edebohls modifia le procédé opératoire. Il imagina la « néphrocapsulectomie » (*Med. Record*, 21 déc. 1901), Dix huit malades âgés de 19 à 45 ans furent opérés, et 14 fois l'opération porta sur les deux reins. Tous les malades survécurent sauf deux qui succombèrent à des accidents d'un autre ordre (rupture d'une tumeur tubaire et hystérectomie).

M. le Dr Mongour (*Journal de méd. de Bordeaux*, 9 février 1902) cite deux nouveaux cas où l'opération pratiquée par M. Pousson (néphrotomie) donna des résultats favorables. Les deux malades présentaient une vieille néphrite avec œdèmes et troubles dyspnéiques; l'un d'eux ne tolérait plus le régime lacté, l'autre très anémié ne supportait plus les saignées qui, seules, le soulageaient. Depuis l'opération, un mieux s'est produit.

Que penser de pareilles tentatives?

On sait que les lésions des néphrites ne sont d'ordinaire pas totales; de nombreux glomérules apparaissent encore normaux dans les reins en apparence les plus atteints. En détruisant l'obstacle qui empêche les glomérules de fonctionner (compression par congestion ou par tissu scléreux) arrive-t-on à ramener la fonction abolie?

Tout de suite l'objection se présente.

Quand il s'agit de congestion simple, le repos et le régime lacté suffisent le plus souvent à la guérison. Alors à quoi bon user du bistouri?

Quand la compression et l'étranglement sont d'origine scléreuse, on conçoit sans doute qu'une incision ou même la décortication de l'organe amène, en levant l'obstacle, quelque soulagement. Ce soulagement sera-t-il durable? C'est une autre question. Jusqu'à quel point une intervention chirurgicale s'opposera-t-elle à la reprolifération du tissu scléreux et à l'étranglement ultérieur, tel est le point qu'il s'agit d'éclaircir?

C'est dire qu'il convient d'attendre, ne nous engouons pas sur l'idée de guérir chirurgicalement les néphrites; il nous faut d'autres faits plus démonstratifs et observés à longue échéance. Aux praticiens surtout, la prudence doit être conseillée.

Qu'un de leurs néphritiques succombe après

Digitized by Google

opération, on accusera celle-ci d'avoir fait tout le mal. La responsabilité de la mort incombera non au chirurgien, mais au médecin qui avait conseillé l'intervention. D'ailleurs, le lecteur l'a déjà remarqué, dès qu'une méthode neuve de traitement surgit, elle ne compte que des succès. Des revers on n'en parle point. Ceux-ci ne surviennent que plus tard. On s'étonne alors ; comment dès le début n'avait-on pas été informé? Et c'est chaque fois la même chose. La malchance accumule les insuccès dès que la période de vogue est épuisée. Ne nous pressons donc pas et traitons nos néphritiques par les anciennes méthodes jusqu'à plus amples renseignements. — K. S.

HYGIÈNE

Les viandes congelées. — Les innombrables troupeaux de la Plata, d'Australie et de la Nouvelle-Zélande n'étaient jadis utilisés en Europe que pour les parties de leur corps susceptibles de conservation : peau et graisse. La viande ne pouvait être exportée, les procédés de conservation étant trop défectueux.

Grâce à l'invention d'un outillage perfectionné, les Américains et les Australiens commencent à importer en Europe la viande de leurs animaux. Ils font congeler la viande et grâce à cette préparation, le transport s'en effectue aisément, sans qu'une altération soit à redouter.

La bonne qualité des bêtes étant constatée par un vétérinaire, et la propreté de l'abattoir, du personnel et des instruments étant minutieusement vérifiée, on a soin, une fois l'animal abattu, de manipuler la viande le moins possible. Celle-ci, après avoir été exposée à l'air à basse température (0° à 6°) de manière à subir, de par l'évaporation, un certain degré de dessiccation, est ensuite, et quand elle ne doit être consommée que plusieurs semaines après l'abattage, soumise à la congélation. A Chicago, on l'expose à une température de — 20° c. pendant 3 jours, puis la laisse ensuite à — 6° c. jusqu'à l'embarquement, pendant environ trois semaines.

M. le Dr Hamard (Th. Paris, 1902) estime que le procédé en usage dans l'Australie vaut mieux. Là, l'introduction de la viande est opérée dans une chambre froide à une température uniforme de — 6° c. La viande, se rétractant moins par cette seconde méthode, se montre plus belle lors du dégel.

Très rapidement la viande congelée est transportée à l'entrepôt au navire ; pendant la traversée, elle est placée dans des appareils réfrigérateurs.

A l'arrivée, la décongélation doit être opérée lentement et dans un endroit sec et froid ; faute de quoi, on se contentera d'un courant d'air qui emporte la vapeur d'eau à mesure de sa production.

Les bouchers habiles à cette manipulation arrivent fort bien à ce que les viandes congelées ne se distinguent en rien des viandes ordinaires. Un mouton abattu en Amérique a la même chair qu'un mouton qu'on a saigné la veille à la Villette.

Parfois des champignons se développent sur ces viandes. Ils ne sont d'ordinaire pas vénéneux. Leur emploi n'offre aucun danger et devra toujours être préféré à celui des conserves. D'autre part, la viande congelée conserve son goût normal, ou à peu près, et son apparence de fraîcheur.

Il y aurait tout intérêt à répandre davantage l'usage de ces viandes. Elles sont adoptées en Angleterre par le public, et plusieurs hôpitaux les servent à leurs malades.

Les bouchers de Paris, lésés dans leurs intérêts, ont émis des doutes sur la qualité de ces viandes. Ils ont fait valoir qu'un animal débarrassé de ses viscères ne pouvait plus être examiné en connaissance de cause. On eut beau leur objecter que pareil examen était fait au départ, qu'une commission dont faisaient partie, M. le Pr Armand Gautier et M. Goubeaux, de l'Ecole d'Alfort, avait émis des conclusions favorables, ce furent les bouchers qu'on écouta. L'envoi des moutons expédiés d'Allemagne et de Hongrie cessa.

On mit aussi en avant, et pour légitimer cette prohibition, un autre argument : le danger de nuire à la production nationale. C'est toujours la vieille chanson quand il s'agit d'un progrès à réaliser. Des intérêts sont lésés ; évitons qu'ils soient compromis.

Pour ce qui touche à l'élevage national, cette sollicitude se comprend jusqu'à un certain point. Le cultivateur français représente une classe très intéressante de la nation, la plus digne d'encouragement à coup sûr. Il s'agit seulement de s'entendre. Dans quel sens convient-il d'organiser cette attention secourable à son effort ? Au lieu d'interdire l'entrée des viandes étrangères, ce qui permet de vendre le bétail à un taux plus élevé, ne vaudrait-il pas plutôt, par une association intelligente des procédés de culture, arriver à produire à la fois les fourrages en plus grande abondance et à meilleur compte ? Le paysan vendrait son bétail moins cher, mais comme la nourriture en serait moins onéreuse, il ferait ses frais tout comme avant, et le consommateur paierait sa viande à un prix plus abordable. Pour faciliter l'entrée des viandes congelées, commençons donc par développer les associations agricoles. Bien souvent et en dernier lieu, l'hygiène arrive ainsi à formuler la nécessité de réformes sociales.

Digitized by Google

Les conserves de viande. — Les viandes con gelées ne sont pas dangereuses. Des intérêts particuliers se sont jusqu'ici opposés à leur vulgarisation sur le marché. Les mêmes intérêts, favorisés en ce qui est de la fabrication des conserves, ont au contraire répandu celles-ci à foison. Et les conserves de viande ne sont pas toujours inoffensives. Des accidents graves ont été signalés, rappelant dans ses grandes lignes les symptômes de la fièvre typhoïde : troubles gastro-intestinaux, fièvre, céphalée, rachialgie. C'est à ces accidents qu'on a donné le nom de botulisme. La fréquence des crampes musculaires, du trismus, de la mydriase, la sécheresse de la gorge, et par dessus tout l'absence de fièvre typhoïde dans la région et l'atteinte simultanée ou presque simultanée (12 à 48 heures d'intervalle) de plusieurs personnes dans une même famille, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic.

La conserve peut être dangereuse soit par les poisons chimiques renfermés dans une viande altérée (animaux malades ou surmenés), soit par l'apport de végétations microbiennes résultant d'imperfections de technique dans la préparation. M. le Dr Vaillard (*Revue d'Hygiène,* janvier 1902) a trouvé dans 70 0/0 des échantillons de végétations microbiennes. Mais ces germes, dans la boîte même, ne se reproduisent pas ; la culture ne commence qu'à l'air libre. D'où la conclusion pratique de ne jamais attendre et de consommer une conserve sur le champ, aussitôt que la boîte est ouverte.

Aussi bien lorsque l'altération se produit, des signes physiques mettent sur la voie et servent d'agent avertisseur. La gelée devient semi-fluide ou liquide, louche et laiteuse. Le contenu exhale une odeur de renfermé, ou bien une saveur aigrelette et ammoniacale. — L. M.

MÉDECINE COMPARÉE

Médecine comparée : les infections ombilicales.

Le *Journal des Praticiens*, n° du 23 novembre 1901, publie un intéressant article : « *des infections ombilicales chez le nouveau-né* ».

J'avoue avoir éprouvé quelque surprise en apprenant que les accidents de cette nature avaient été bien étudiés depuis peu de temps seulement, en médecine humaine.

Il y a déjà cinq ou six ans, au moins, qu'en médecine vétérinaire, des observations ont été publiées sur l'infection ombilicale chez les jeunes animaux à la mamelle : poulains, veaux, agneaux, porcelets.

Un observateur judicieux, Laflize, qui fut directeur de la bergerie nationale de Rambouillet, a, l'un des premiers, établi la corrélation existant entre l'arthrite suppurative, et toujours mortelle, des agneaux, et l'infection par l'ombilic.

Nocard a ensuite bien étudié les infections diverses et multiples dues à la plaie ombilicale, servant de porte d'entrée aux micro-organismes infectieux. C'est à cette cause que le Maître a attribué non seulement les arthrites graves, avec ou sans suppuration, des animaux nouveau-nés, mais encore l'entérite diarrhéique, *vulgo* : *foire grise*, qui est presque toujours incurable.

Il a alors institué un traitement préventif que, personnellement, j'ai suivi à la lettre et dont je n'ai eu qu'à me louer, chez les veaux, les agneaux et les porcelets ; je n'ai pas eu occasion de l'employer pour les poulains. Je sais toutefois que, pour cette espèce, le traitement a également donné des résultats satisfaisants à d'autres praticiens.

Je résume brièvement ici les indications données par Nocard :

Dès la naissance, lotionner soigneusement toute la région ombilicale du petit sujet avec de l'eau phéniquée (que j'aromatise toujours avec du vin ou de bonne eau-de-vie);

Après cette lotion, qui doit être de cinq à six minutes, bien sécher la région en essuyant doucement à l'aide d'un linge fin aseptisé ou à l'aide d'ouate hydrophile ;

Appliquer, sur toute la surface et à quelques centimètres du pourtour, de la vaseline boriquée ;

Ces soins doivent être donnés et continués pendant les cinq ou six premiers jours qui suivent la naissance.

Ils mettront un nombre incalculable de jeunes animaux à l'abri des infections si nombreuses, ayant l'ombilic et le cordon pour point d'origine.

Comme on le voit, le traitement conseillé pour les enfants nouveau-nés, par M. J. H. M., a la plus grande analogie et une presque identité avec celui que Nocard a indiqué pour nos jeunes animaux. Donc, une fois de plus : « *nihil novi sub sole* ». E. T., *vétérinaire.*

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur un traitement spécifique nouveau des fièvres paludéennes. — M. A. Gautier entretient l'Académie d'un nouveau mode de traitement du paludisme, basé sur la médication arsénicale : cette nouvelle méthode n'est d'ailleurs, ainsi qu'il le fait remarquer, que la rénovation d'une tradition médicale dont Boudin fut le plus illustre représentant.

Le composé arsénical, découvert par M. Gautier, est le méthylarsénate disodique $AsCH^3O^2Na^2$, ou arrhénal, appartenant à la famille des cacodylates, soluble comme eux, et comme tel pouvant être administré en injections hypodermiques.

C'est sous cette forme que M Billet, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine, l'administra à la dose de 5 à 10 centigrammes à neuf paludéens. Les malades ainsi traités, qui tous étaient restés réfractaires à l'action

Digitized by Google

des sels de quinine à haute dose, furent rapidement guéris. On remarquera qu'il s'agit ici de fièvres paludéennes contractées et soignées dans le milieu africain, qui leur imprime généralement un caractère particulier de gravité et que tous les malades, traités jusque-là par la quinine, étaient en pleine période de retour d'accès fréquents et graves.

La cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés. M Mossé établit par de nouvelles recherches expérimentales et cliniques, que dans les diabètes sucrés, la pomme de terre est non seulement un aliment permis, mais bien un aliment utile qui peut être avantageusement substitué au pain, à doses élevées, suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire, c'est à-dire en poids, dans la proportion de 2 1/2 à 3 de pommes de terre pour 1 de pain.

Les observations cliniques ont mis hors de doute ce fait que des doses quotidiennes de parmentières de 1 kilogr à 1 kilogr. 500, continuées pendant plusieurs jours consécutifs, amènent habituellement une diminution rapide, parfois considérable, de la soif, de la glycosurie, une amélioration des divers éléments du syndrome urologique coïncidant avec un mieux-être général, d'un relèvement des forces.

Ces doses ont pu être dépassées plusieurs fois sans inconvénient, atteindre dans un cas de diabète maigre 3 kilogrammes par jour, et, fort bien tolérées, provoquer la diminution de la soif, de la glycosurie, et de la diurèse.

C'est par la constitution chimique de la parmentière, par sa teneur en eau, par sa richesse en sels organiques de potasse, transformés par la combustion respiratoire en carbonates alcalins, que s'expliquent les heureux effets obtenus.

Le mode le plus simple et le meilleur de l'administrer aux diabétiques est de la leur faire prendre, en guise de pain, bouillie ou cuite au four.

Le chloroforme chez les cardiaques. — M. Huchard (voir cette communication n° 7, page 97). (*11 février*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Recherche du plomb dans les viscères des saturnins. — MM. Launois et Meillière. Parmi les intoxications professionnelles, celle due au plomb est l'une des plus fréquentes et provoque des lésions graves, finalement mortelles : artério-sclérose, néphrite chronique, cirrhose, cachexie cardiaque, encéphalopathie, etc. Il était dès lors intéressant d'appliquer la méthode de M. Meillière à la recherche du plomb dans les différents viscères des saturnins : foie, rate, reins, poumons, cerveau, prélevés dans des autopsies.

D'après les analyses de ces auteurs, la constatation du plomb a été possible huit fois sur dix dans le cerveau ; elle n'a été positive qu'une fois dans la rate, et une fois dans le poumon.

Contrairement à ce que l'on serait tenté d'admettre a priori, le foie et le rein ne retiennent pas le plomb, du moins chez les saturnins lentement et anciennement intoxiqués. On sait par contre que ce métal se retrouve dans ces organes, comme d'ailleurs dans tous les autres viscères, chez les sujets morts à la suite d'une intoxication rapide.

Cette localisation fréquente du plomb dans les centres nerveux permet de fixer la pathogénie des différentes manifestations cérébrales qui sont sous la dépendance de l'intoxication chronique par le plomb (coma, convulsions, délire), dont l'ensemble constitue l'encéphalopathie saturnine.

Intoxication belladonée chez un enfant à la suite de frictions prolongées avec le baume Tranquille. — MM. Variot et Dufestel (voir page 121).

BULLETIN DE LA SEMAINE

Leçon d'ouverture de M. le Dr Huchard. — Vendredi dernier, à 10 heures précises, M. Huchard a inauguré la reprise annuelle de ses conférences de clinique thérapeutique et physiologique dans le bel amphithéâtre Laënnec, qu'il a si heureusement fait restaurer, à l'hôpital Necker. Dans l'assistance très nombreuse, nous remarquons d'abord parmi les collègues des hôpitaux : MM. les Drs *Lancereaux*, *Albert Robin Hirtz*, *Macaigne*, *Le Noir*, *Rénon*, *Alex. Renault*, *Schwartz* ; puis *Linossier*, *Vincent*, *Fiessinger*, correspondants de l'Académie ; les docteurs *Bastian*, *Paul Boncour*, *Boix*, *Bouloumié*, *Brochin*, *Caramano*, *Collin*, *A. Courtade*, *Despaigne*. *Dubois*, *Dupont*, *de Fleury*, *Galezowski*, *Heim*, *Hirchberg*, *Kohn*, *Londe*, *P Lucas-Championnière*, *Macé*, *de Massary*, *P. Reille*, *Sauvage* (de Quiberon), *G. Weil*, etc. Tous ses fidèles élèves étaient présents : MM. *Rénon*, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté, *Baillet*, *Bergouignan*, *D. Courtade*, *Floersheim*, *H. Gillet*, *Maydelaine*, *Marciguey*, *Piatot*, *A. Robert*, anciens internes des hôpitaux, et MM. *Blind*, *Hahn*, *Krikortz*.

Nous ne parlerons pas de cette leçon qui sera publiée. Nous n'en retenons que les deux conclusions : « La thérapeutique sera physiologique, ou elle ne sera pas. Si on a pu dire que certaine médecine est une longue méditation sur la mort, nous essaierons, avec la thérapeutique physiologique et fonctionnelle, d'en faire une constante méditation sur la vie »

Après cette leçon où le médecin de Necker s'est déclaré nettement partisan de la thérapeutique fonctionnelle avec M. Alb. Robin, dont « il n'est séparé que par l'épaisseur d'un vésicatoire », nous avons eu le plaisir d'entendre le savant clinicien de la Pitié prononcer d'éloquentes paroles sur le rôle du médecin thérapeute : « De toutes

Digitized by Google

les sciences, la thérapeutique est la plus noble, celle qui élève davantage notre âme. Soulager la douleur est œuvre divine. En calmant les angoisses, en supprimant la souffrance, si variée et si prodigue dans ses atteintes, la thérapeutique initie le médecin au sentiment de la misère humaine, elle ouvre son cœur à la pitié. » Nous nous arrêterons sur ces belles paroles inspirées d'Hippocrate. Les nombreux praticiens et élèves qui ont assisté à cette première leçon combleront les vides de ce compte rendu et ajouteront eux-mêmes ce qu'un sentiment de réserve nous interdit de dire, chaque fois qu'il s'agira d'éloges adressés au Directeur de ce journal.

Académie de médecine *(18 février)*. — La communication de M. Huchard sur la chloroformisation chez les cardiaques a ouvert la campagne. Le débat a été continué et brillamment. Médecins et chirurgiens se sont trouvés d'accord. Les conclusions du mémoire de M. Huchard ont été confirmées. A peine de ci, de là, quelques réserves ne touchant qu'aux points secondaires et n'entamant en rien le fond du sujet.

M. Bucquoy, tout en administrant sans appréhension le chloroforme aux cardiaques, verrait ainsi ses craintes augmenter chez les aortiques. Ne sont-ils pas déjà du fait de leur maladie exposés aux syncopes? M. Chauvel et Lucas Championnière repoussent l'idée d'un chloroformiste attitré. En Angleterre, il existe des chloroformistes de profession. C'est le pays où les morts par le chloroforme sont le plus nombreuses. La brutalité apportée à l'administration de l'anesthésique rend compte de ce résultat plutôt fâcheux. M. Lucas-Championnière dresse ses élèves à la chloroformisation; chaque année, il consacre une leçon à la technique de l'anesthésie. C'est là une excellente mesure. Grâce à son emploi, il évite à ce point les accidents chloroformiques, que satisfait de sa méthode, il ne songe pas à la changer. Pourquoi user d'un autre anesthésique et en quoi l'éther est-il préférable? Il tue quatre fois moins de monde que le chloroforme, déclare M. Le Dentu. Voilà une raison. On parle des complications pulmonaires qui suivent les anesthésies par l'éther. Les Lyonnais n'ont guère vu pareille chose et M. Le Dentu penche pour les Lyonnais. La discussion reprendra sur ce chapitre. Dès aujourd'hui il paraît que les Lyonnais ont gagné quelque terrain.

Toutefois, non plus que Lucas-Championnière, M. Richelot ne semble décidé à reculer. Il tient pour le chloroforme, celui-ci étant précédé, au début de l'anesthésie et pour diminuer l'excitabilité de la muqueuse nasale, par quelques inhalations de bromure d'éthyle

Au début de la séance, dépouillement de la correspondance. Parmi les nombreux mémoires adressés, on en relève un qui a pour titre : Le tabac, le végétarisme et la vertu. Quel est l'auteur?... — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène Sociale, par Emile Duclaux, membre de l'Académie des Sciences, directeur de l'Institut-Pasteur, directeur de l'Ecole des Hautes-Etudes Sociales. — 1 vol. in-8° *de la Bibliothèque générale des Sciences sociales*. (Félix Alcan, éditeur (19-2).

« Tant que Pasteur n'a étudié que la levure, il n'a fait que révolutionner la brasserie. Mais quand il a touché aux germes pathogènes, la maladie joue un tel rôle dans le monde, que c'est l'humanité tout entière qui a été remuée de fond en comble par le revirement d'idées sorti de ses découvertes. »

» Ces lignes extraites de la préface indiquent bien l'aspect et la portée du livre dans lequel M. Duclaux a réuni les leçons professées par lui l'hiver dernier à l'Ecole des Hautes-Etudes Sociales, « cette école si libre d'ailleurs, dit-il, et qui sans faire sienne aucune doctrine, se propose surtout de pénétrer de science impartiale le champ de la sociologie. »

La science moderne, en se développant et s'étendant chaque jour dans le champ étiologique des maladies infectieuses, atteint aujourd'hui le domaine social. On connaît la cause des maladies; la Société a le devoir de se garantir de leur atteinte De là, des obligations neuves imposées à ceux qui ont la charge de la Communauté. La tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis doivent être combattues; de même la fièvre typhoïde. Il est triste que la politique, surtout en province, intervienne trop souvent en pareille matière et empêche de prendre des décisions fermes.

Le livre de M. Duclaux hautement pensé et où circulent tout le long des pages des vues généreuses et larges, contribuera certainement à mettre fin à de pareils abus. — M. L.

Aid -mémoire de Chirurgie infantile, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 324 p., cart. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris), 3 fr.

Cet *Aide-mémoire* répondra aux besoins du médecin qu'embarrasse un problème de pratique chirurgicale chez les enfants, comme il rendra service aux étudiants désireux de suivre avec fruit les services hospitaliers.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

De la staso-basophobie (1)

Par M. le Pr Debove

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une malade de notre service, nommée D..., qui présente un double intérêt. Elle est atteinte d'une affection que nous avons décrite avec M. le Dr Boulloche, sous le nom de staso-basophobie ; de plus elle a été l'objet de diagnostics différents de deux de nos anciens élèves, médecins des plus distingués, qui l'ont cependant bien minutieusement examinée. Ne pouvant leur donner ici la parole pour défendre leur opinion, je les désignerai par les initiales A... et B... L'un d'eux s'est, du reste, en grande partie rangé à notre avis.

Notre malade est âgée de 52 ans, et depuis 25 ans elle est cuisinière au service d'un médecin.

Ses antécédents nerveux nous intéressent, et s'il est vrai que

> Quelques crimes toujours précèdent les grands crimes,
> . . . . . .
> Et jamais on n'a vu la timide innocence
> Passer subitement à l'extrême licence,

il est également exact que quelques manifestations névropathiques précèdent toujours les grands accidents nerveux. A cet égard nous serons satisfaits et nous verrons que le tempérament particulier de D... s'est accusé de bonne heure.

A l'âge de 16 ans, elle fut atteinte de chlorose : elle eut alors, s'il faut l'en croire, des phénomènes psychiques, que l'on attribue à une maladie de langueur; elle aimait à s'isoler et ressentait un besoin impérieux de solitude ; elle pleurait souvent seule. En même temps elle avait des troubles bizarres, de la dépravation du goût.

Bien qu'on ne lui refusât aucune nourriture qui pût lui être agréable, elle mangeait du charbon, du bois, des grains de café, et l'on était obligé de l'enfermer dans une chambre pour qu'elle ne satisfît point ses envies anormales. A la même époque elle eut de la dyspepsie nerveuse.

L'âge ne calma pas ces prédispositions nerveuses ; pendant toute sa carrière de cuisinière, elle fut très facilement excitable : elle avait des attaques de nerfs, des crises de colère, et elle déclare que dans ses accès de contrariété, elle avait vite fait de jeter à terre et de briser les objets qu'elle tenait à la main.

Le 5 septembre 1901, elle vit un enfant de onze ans, atteint d'angine diphtérique, et bien qu'elle ne fût restée auprès de cet enfant que quelques minutes, cette visite suffit pour la contagionner.

Quelques jours après, elle était atteinte, elle aussi, de cette maladie infectieuse. Elle fut transportée aussitôt à la maison Dubois et on l'y soigna par des injections de sérum. Le diagnostic de diphtérie ne peut faire aucun doute ; il avait été établi déjà par un de nos collègues des hôpitaux les plus compétents dans cette question et fut confirmé par un examen bactériologique.

L'angine ne paraît pas toutefois s'être accompagnée de phénomènes généraux graves : la fièvre fut insignifiante, l'état général resta bon, l'adénopathie cervicale n'atteignit pas un volume susceptible de la rendre douloureuse. On pratiqua cinq injections de sérum antidiphtérique : la première d'une capacité de 20 centimètres cubes, les suivantes de 10 centimètres cubes seulement, de sorte qu'en totalité la malade a reçu 60 centimètres cubes de sérum et, neuf jours après son entrée à la maison Dubois, elle en sortait complètement guérie.

Seize jours plus tard, survenait une éruption ortiée généralisée qui dura trois jours et fut très intense. Cet accident est directement imputable au sérum antidiphtérique ou plus exactement au sérum, la diphtérie n'étant pour rien dans l'affaire. Vous savez en effet que le sérum qui sert au traitement de l'infection diphtérique est recueilli sur des chevaux immunisés par des procédés dans le détail desquels je n'ai pas à entrer. Or je connais une malade qui reçut des injections de sérum équin naturel, c'est-à-dire, provenant d'un animal n'ayant subi aucune inoculation antérieure : cette malade eut des éruptions ortiées très confluentes.

Le 26 octobre, la malade, qui jusque-là "*trottait comme un lièvre*" suivant son expression, voulut monter en omnibus ; elle sentit ses jambes fléchir et tomba sur les genoux. Dès lors, elle eut une grande difficulté à marcher. Elle aurait, en même temps, éprouvé quelques difficultés dans la mastication et la déglutition, mais ces symptômes sont bien douteux. Elle fut vue par le Dr A..., médecin du plus haut mérite, qui fit le diagnostic de paralysie diphtérique. C'était en effet la première idée qui devait se présenter sur une paralysie survenant six semaines après une diphtérie.

Deux jours plus tard, elle entrait dans notre service et nous contestions l'existence de toute paralysie diphtérique, en nous appuyant sur ce fait que le début avait été subit, apoplectique, que nous ne constations personnellement aucun trouble de la déglutition, ni même de la phonation, car la malade est d'une loquacité désespérante.

Elle fut alors examinée par le Dr B... particulièrement compétent dans l'étude des affections du système nerveux. Il vous présenta la malade et diagnos-

(1) Leçon recueillie par M. Jean Ferrand, interne du service.

Digitized by Google

tiqua une polynévrite légère qu'il inclinait à rattacher à l'alcoolisme plutôt qu'à la diphtérie. Voici un fragment de l'observation prise par le docteur B...

« La malade présente des signes de polynévrite légère ; elle se plaint de douleurs dans les membres inférieurs, d'une impossibilité de remuer les pieds et surtout les orteils, enfin d'une extrême difficulté à exécuter les mouvements délicats des mains..... L'examen objectif montre un léger degré d'atrophie musculaire des membres inférieurs portant sur les extenseurs du pied et sur les muscles de la partie antérieure de la cuisse. La marche est possible, la malade se lève et marche en traînant les pieds, il n'y a pas de steppage.

Au membre supérieur, la force musculaire est légèrement diminuée; les éminences thénar et hypothénar sont un peu plus flasques que d'habitude.

Le Dr B... en concluait qu'il y avait deux choses distinctes chez la malade, soit une polynévrite et un état névropathique. Quant à nous, nous nions l'existence de la polynévrite.

Son principal signe serait l'atrophie musculaire : or, elle doit être attribuée à une tout autre cause, au rhumatisme chronique. A différentes reprises en effet, les années précédentes, les jointures ont été le siège de douleurs et de tuméfactions ; aujourd'hui encore, il reste des déformations des pieds et des mains qui ne laissent aucun doute sur la variété d'arthrite dont elles ont été le siège : c'est une arthrite rhumatismale chronique. Or, c'est une loi de pathologie qu'une maladie articulaire, quelle qu'en puisse être la cause, amène l'atrophie des masses musculaires voisines.

Mais la paralysie est ici tout à fait hors de proportion avec l'atrophie : la brusquerie du début semble bien indiquer qu'elle appartient à cette catégorie désignée sous le nom de paralysie hystérique, ou d'origine psychique, ou produite par auto-suggestion. La vraie cause du mal a été une conversation tenue dans la rue, avec l'infirmière qui l'avait soignée à la maison Dubois, et qu'elle rencontra accidentellement : « Je vous félicite d'aller si bien, avait-on dit à la malade, souvent dans votre affection on a des paralysies, on souffre beaucoup, et je viens de soigner un malade qui avait été frappé de paralysie six semaines après sa guérison. »

Il s'est du reste produit, peu après l'attaque paralytique, d'autres phénomènes névropathiques : la vue était troublée, il y avait parfois de la diplopie et même de l'amaurose d'un œil. De plus, la malade était énervée, très préoccupée de son état, convaincue qu'elle ne guérirait pas, et pleurait à chaque instant.

Vers le 10 novembre, survint de la staso-basophobie. C'est un état que nous avons décrit avec M. Boulloche, il y a quelques années, et qui est caractérisé par une impossibilité de se tenir debout et de marcher, due à une terreur de tomber.

Antérieurement, Charcot avait décrit l'astasie-abasie, caractérisée par une impossibilité de marcher et de se tenir debout. Chez ces malades, tous les mouvements se produisent bien isolément, mais ils ne peuvent être coordonnés pour la station et la marche. De même que l'enfant est obligé d'apprendre à marcher, à se tenir debout, et paie de chutes nombreuses son éducation, de même ces malades sont obligés de refaire cette éducation qu'ils ont oubliée : ce serait chez eux de l'amnésie.

Nous ne voulons pas nier cette forme, mais nous devons déclarer ne l'avoir jamais observée, et nous avons toujours rattaché les troubles de cette nature à une phobie.

La basophobie peut être primitive ou secondaire. Dans ce dernier cas, elle peut se développer dans le cours de n'importe quelle autre maladie, chez des hémiplégiques, des sujets atteints de paralysie diphtérique, etc... Chez notre malade, elle s'est développée dans le cours d'une paralysie psychique, c'est-à-dire, qu'il s'agissait bien toujours de la même maladie, mais la forme en avait changé.

Voyant que son état ne s'améliorait pas rapidement, la malade fut de plus en plus convaincue de l'impossibilité d'une guérison. C'est alors que les troubles moteurs des membres inférieurs s'accentuent. Quand on lui demande de descendre de son lit, elle proteste qu'elle en est absolument incapable; elle est prise, suivant son expression, « *d'une frousse du diable* »; sa démarche est hésitante, un peu festonnée, avec des arrêts à chaque pas : ce n'est que sous l'influence d'objurgations répétées, qu'elle consent à essayer d'avancer, en fixant continuellement ses pieds, à la condition qu'on la tienne par la main. Les premiers pas faits, son hésitation s'atténue; mais si on l'abandonne seule au milieu de la salle, elle pousse des cris, et, si elle est obligée de regagner son lit, elle s'arcboute sur les lits de ses voisines, ne lâchant jamais un appui avant de s'en être assuré un autre; elle chemine ainsi courbée, s'agrippant aux barreaux des lits.

A cette période, l'état psychique était très spécial. Angoisses, crises de colère, refus de manger seule, rien ne lui manqua. Passant un jour, après la visite, auprès de son lit, notre chef de clinique vit une infirmière occupée à la faire manger; il lui fit des remontrances, et l'engagea à prendre sa nourriture elle-même; elle saisit alors sa fourchette et la lança dans les vitres avec une vigueur contrastant singulièrement avec l'impotence dont elle se plaignait. A la suite de cet incident, elle eut quinze jours de mutisme, ce qui changea avec sa loquacité habituelle:

Digitized by Google

puis elle revint à de meilleurs sentiments et demanda un traitement énergique.

Une suggestion fâcheuse avait fait tout le mal, il fallait qu'une autre suggestion la guérît. On lui prescrivit, pendant trois jours consécutifs, une pilule de bleu de méthylène, en lui vantant l'activité de ce médicament, et en lui recommandant de n'en user qu'avec prudence, et de surveiller ses urines qui devaient emporter le mal.

Dès que les urines furent colorées en bleu, elle fut effrayée, son imagination fut frappée, et, progressivement, les mouvements s'améliorèrent dans les membres inférieurs. Comme elle se plaignait encore de douleurs dans les membres supérieurs, on les badigeonna d'éther picriqué, et les douleurs passèrent à mesure que les mains se coloraient en jaune.

Aujourd'hui, la malade marche à peu près bien. Seules subsistent quelques douleurs que nous croyons devoir attribuer au rhumatisme chronique, dont nous avons parlé, et une certaine faiblesse tenant à l'atrophie musculaire sous la dépendance du même rhumatisme.

Quelques-uns d'entre vous, au récit de cette maladie, pourront peut-être croire qu'il s'agit là de troubles imaginaires, et que la malade, avec un effort de volonté, aurait pu vaincre sa phobie; ceux qui penseraient ainsi ne seraient ni médecins ni philosophes. Les phobies gouvernent le monde et servent à la conservation de sa morale. Beaucoup de gens ne pratiquent une vertu relative que par phobies des peines éternelles; d'autres, par phobie du gendarme. D'autres ont des phobies superstitieuses, et je connais des gens qui passent pour intelligents, et ne sauraient dîner à treize, ni commencer quelque chose un vendredi.

Ne nous moquons d'ailleurs pas des phobiques : nous le sommes tous, plus ou moins; que ceux qui croient l'être moins, soient indulgents pour ceux qui le sont davantage. Pour montrer que les plus sages n'en sont pas exempts, je terminerai par deux citations empruntées, l'une à Montaigne, l'autre à Pascal :

« Qu'on loge un philosophe, écrit Montaigne, dans « une cage de menus filets de fer clairsemés, qui soit « suspendue au haut des tours Notre Dame de Paris, « il verra par raison évidente qu'il est impossible « qu'il en tombe; et pourtant, ne se saurait garder « (s'il n'a accoutumé au métier des couvreurs), « que la vue de cette hauteur extrême ne l'épou- « vante et ne le transisse... Qu'on jette une poutre « entre ces deux tours, d'une grosseur telle qu'il « nous la faut à nous promener dessus, il n'y a « sagesse philosophique de si grande fermeté, qui « puisse nous donner courage d'y marcher comme « si elle était à terre. »

Pascal a exprimé la même pensée dans des termes presque identiques :

« Le plus grand philosophe du monde, écrit-il, « sur une planche plus large qu'il ne faut, s'il y a « au-dessous un précipice, quoique sa raison le « convainque de sa sûreté, son imagination pré- « vaudra. Plusieurs n'en sauraient soutenir la pensée « sans pâlir et suer... »

Puisque nous sommes tous phobiques à des degrés divers, et dans des conditions diverses, évitons de considérer les malades atteints de phobies, comme des espèces de malades imaginaires qui, grâce à un simple effort de volonté, pourraient chasser leur mal.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'anesthésie chloroformique chez les cardiaques

Par le Dr Barette
Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Caen

Depuis une douzaine d'années, sur un total d'un peu plus de 6.000 anesthésies chloroformiques, j'ai été témoin de trois morts par le chloroforme. L'un de ces cas est en contradiction manifeste avec la parole de Wilhelm Koch rappelée par notre excellent maître, M. le docteur Huchard, dans sa très intéressante clinique thérapeutique parue dans le numéro du 15 février, du *Journal des Praticiens*. Voici l'observation succincte :

Il y a cinq ans, j'avais à opérer, dans le service de l'Hôtel-Dieu de Caen, un jeune homme de 20 ans, garçon boucher très vigoureux, pour une fracture de la rotule, datant de 15 à 18 jours. L'anesthésie chloroformique fut pratiquée par mon interne, qui n'était pas à son coup d'essai et qui maniait le chloroforme très habilement et avec beaucoup de soin depuis plus de six mois.

On avait ausculté le cœur, examiné soigneusement le blessé, et on n'avait rien relevé de suspect.

Le début de la chloroformisation fut très régulier, il y eut une période d'excitation un peu vive mais de courte durée, bien moindre que celles que nous voyons fréquemment chez les nombreux alcooliques adultes qui passent entre nos mains. L'opération marcha très régulièrement : incision, ouverture de la jointure, nettoyage de l'épanchement articulaire, passage de deux fils d'argent dans les fragments rotuliens; suture des parties fibreuses et de la peau, tout se fit en trente minutes. J'avais donné l'ordre de cesser l'administration du chloroforme, au moment où je commençais la suture de la peau. Au moment où j'appliquais mon dernier fil, le malade

Digitized by Google

commença à remuer le membre blessé ; puis il eut une inspiration profonde et resta immobile. Le cœur ne battait plus.

Nous pratiquâmes les manœuvres de la respiration artificielle d'une façon régulière, parfaitement rythmée ; on fit des flagellations, des applications de pointes de feu énergiques sur la région du cœur ; on appliqua un courant électrique, rien ne réussit et nous dûmes abandonner le cadavre après une heure d'efforts. Les tractions rythmées de la langue n'avaient même pas été oubliées.

Très surpris de cet accident et assez impressionné, je m'assurai qu'on n'avait dépensé en tout que 40 à 50 grammes de chloroforme ; le pharmacien en chef m'affirma qu'il ne présentait aucune altération chimique. J'obtins de la famille l'autorisation de faire l'autopsie du pauvre blessé ; elle devait, en effet, me donner la clef du mystère.

Tous les organes, cerveau, poumons, reins, intestins, étaient absolument sains. Mais il n'en était pas de même du cœur ; en effet, les parois ventriculaires étaient absolument graisseuses, la moitié de leur épaisseur formait une couche de tissu adipeux continue sous le feuillet séreux du péricarde, le restant des fibres musculaires présentait la teinte feuille morte. L'arrêt du cœur avait eu lieu en diastole, car les cavités ventriculaires étaient remplies de sang.

Une enquête sur les habitudes du malade nous apprit que, depuis l'âge de 11 à 12 ans, c'était un consommateur habituel d'alcool. Ce fait, notons-le, n'est pas très rare dans nos régions, et plusieurs fois nous avons vu de jeunes cirrhotiques de 15 à 16 ans. Dans ce cas, il est certain que la dégénérescence graisseuse du cœur, d'origine alcoolique, a été la cause de la syncope survenue à la fin de la chloroformisation.

Cette altération du cœur, fréquente chez les alcooliques adultes, doit se rencontrer rarement dès la vingtième année.

Mon excellent maître, s'associant au vœu formulé par M. le Dr Regnier à la société de clinique, estime « qu'il devrait y avoir des chloroformisateurs de pro- « fession à l'hôpital comme en ville, et qu'au moins « le chloroforme devrait toujours être donné par les « mêmes aides. »

Il me permettra de formuler quelques objections à l'idée, très bonne certainement et très séduisante en elle-même. Je sais qu'à Paris et dans beaucoup de grands centres, des praticiens très habiles et très expérimentés se sont spécialisés dans l'art de l'anesthésie. Mais je vois là un écueil très dangereux au point de vue de l'enseignement. Si les chirurgiens, chefs de services et chefs d'enseignement n'emploient plus que des spécialistes, ils négligeront d'enseigner à leurs élèves les principes et la pratique de l'anesthésie, et il faut bien se le rappeler ; tout docteur en médecine, plus encore celui qui exerce à la campagne, peut avoir besoin de recourir à cet auxiliaire précieux de toute intervention chirurgicale. Aussi j'estime qu'au lieu de viser à restreindre le nombre de ceux qui doivent savoir pratiquer la chloroformisation, il faut au contraire s'efforcer de l'enseigner aussi soigneusement et aussi complètement que possible à tous les futurs docteurs en médecine.

Voici, pour ma part, ce que je fais depuis 12 ans que j'ai l'honneur de diriger le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Caen. Lorsque, chaque année, je commence l'éducation chirurgicale d'une nouvelle série d'élèves, je consacre six leçons à l'étude de l'anesthésie chirurgicale. Ces leçons sont essentiellement pratiques, et j'ai soin de graver dès le début dans l'esprit de mes jeunes auditeurs ceci : Le chloroforme est un poison — quand vous l'administrez à un patient, vous le soumettez à un empoisonnement voulu mais réglé. — Il faut que vous sachiez quand vous devez vous arrêter, sinon vous vous exposez à tuer votre malade. Après les leçons théoriques, chaque étudiant à son tour est appelé à pratiquer l'anesthésie sous ma surveillance expresse, et en écoutant mes conseils. Jamais un malade n'est endormi sans que je sois présent. On m'objectera que c'est exiger beaucoup d'un chef de service ; peut-être ; mais n'est-il pas aussi de la plus haute importance de faire tout ce qui est scientifiquement et cliniquement possible pour éviter ces surprises douloureuses de la mort par le chloroforme.

J'emploie toujours la méthode dite de L. Labbé, des doses petites et continues, et, à la fin de chaque année scolaire, quand mes élèves me quittent, j'ai la satisfaction intime qu'ils sauront plus tard bien manier le chloroforme.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ostéomyélite aiguë à forme typhoïde

L'ostéomyélite aiguë à forme typhoïde est une maladie fort grave et à l'allure bien plutôt médicale, étant donnée l'intensité des phénomènes généraux. La mort peut survenir en quelque jours ; parfois, au contraire, et contre toute attente, c'est la guérison qui se produit complète, et sans suppuration. Le praticien fera bien de conserver dans le souvenir la double éventualité qui tantôt conduit le malade à une mort rapide, et tantôt le remet sur pied spontanément et tout à fait.

Voici d'abord un cas fatal. Il se distingue par l'allure foudroyante des accidents.

Digitized by Google

Observation I. — B. Célina, âgée de 10 ans, fillette forte et bien portante, brusquement, le matin du 8 octobre 1900, se plaint de la jambe droite et a de la peine à marcher. Immédiatement la fièvre est vive. Au bout de 24 heures (9 octobre), le thermomètre marque déjà 40° 9 (T. r.) ; les mouvements du membre inférieur droit sont très douloureux (abduction et flexion) ; la pression du grand trochanter et de l'articulation de la hanche sont intolérables. Pas d'empâtement ni de tuméfaction. De quoi peut-il bien s'agir ? Un rhumatisme articulaire aigu ne débute pas avec cette intensité ; les températures de 40° 9 ne sont guère atteintes que dans le rhumatisme cérébral. Et puis, de nombreuses articulations sont frappées. Ici, l'enfant conserve sa connaissance et ne délire pas ; toutes les articulations sont saines. Le mal est localisé à la hanche.

La lucidité d'esprit, toutefois, ne dure pas ; dès le même soir, l'enfant délire, est très agitée, ne reconnaît plus son entourage. On nous appelle à 3 heures du matin ; nous recommandons un enveloppement dans le drap mouillé de 5 minutes de durée toutes les trois heures. Au troisième enveloppement, la connaissance revient et avec elle le calme.

Le 10 octobre, c'est-à-dire 48 heures après le début, empâtement léger au niveau de la hanche droite et de la région trochantérienne. On applique 8 sangsues, Tm. 40 4. Ts. 40 3.

Le 11 octobre, Tm. 39 8. Le 12 octobre, Tm. 38 6 ; le délire continue malgré la baisse de la fièvre et des douleurs vives persistent. Le 13 octobre, soit cinq jours après les premières douleurs, nous ouvrons largement la région trochantérienne ; une cuillerée à café de pus coule après l'incision du périoste ; drainage dans la cavité. Tm. 39 6, Ts. 38 4 ; la fièvre est tombée, délire persistant, nuit très agitée.

Le lendemain matin, l'empâtement est descendu jusque vers la partie inférieure de la cuisse. Avec les Drs Perrin et Benoit-Jeannin, je pratique une nouvelle ouverture à la face externe de la partie moyenne de la cuisse ; couronne de trépan sur l'os, pas une goutte de pus ne sort ; la respiration est anxieuse, l'enfant a supporté l'opération sans trop se plaindre ; on ne l'avait pas endormie étant donnée sa prostration excessive. Tm. 39 — P = 140. Ts. 40 2. Le pouls est très faible.

Le soir : injection de 1 litre de sérum, eau salée 7/1000. Mort à 6 heures du matin.

Notre intervention pratiquée le 5e jour et 6e jour, avait été, il semble, trop tardive et insuffisante. Il eût fallu opérer 48 heures plus tôt et sans doute pénétrer jusqu'au centre de l'os dès la première tentative.

Ce conseil ne saurait être posé en règle générale. Si nous ne l'avons suivi, c'est que nous avions, jadis, aux premiers temps de notre pratique, recueilli un exemple du même genre et qui s'était terminé par la guérison. Notre premier succès nous faisait sinon augurer favorablement de notre second malade, au moins prendre patience les premiers jours.

Observation II. — Il s'agissait encore d'un enfant, un petit garçon de 9 ans, qui, atteint en 1883 d'une ostéite trochantérienne droite terminée par guérison en quelques semaines, présenta le 2 novembre 1886, un retour brusque de ses douleurs. Mais cette fois la fièvre se mit de la partie et des douleurs très vives se montrèrent dès le premier jour.

Le 10 novembre, vive douleur et empâtement dans la région trochantérienne et au niveau de l'articulation de la hanche. Les mouvements de la jointure sont très douloureux ; un empâtement profond, diffus, occupe toute la partie supérieure de la cuisse. Délire. Prostration. Lèvres fuligineuses. Ventre ballonné ; diarrhée fétide. Ts. 40 8. Ps=140.

Nous avertissons les parents de l'imminence d'une suppuration prochaine et d'une opération nécessaire.

Une vessie de glace est tenue à demeure sur les régions enflammées : à l'intérieur, boissons abondantes et sulfate de quinine, 0 gr. 50.

15 novembre. L'état est stationnaire ; on observe toutefois un amendement dans les douleurs. La température reste à 40° 9. A partir de ce jour, à notre grand étonnement, un mieux progressif se fait jour. La prostration et le délire se dissipent, la fièvre tombe, la cuisse diminue de volume.

On nous amène l'enfant le 10 janvier. L'os un peu plus gros au niveau des parties primitivement enflammées n'entrave toutefois que légèrement la marche. La claudication est peu marquée et disparaît les mois suivants.

Ce petit garçon a guéri sans intervention ; son état général semblait tout aussi compromis que celui de notre premier malade. Néanmoins, la guérison a suivi, alors que la mort est survenue dans l'autre cas.

A quels signes le praticien reconnaîtra-t-il qu'il doit intervenir chirurgicalement ? L'étendue de la lésion locale, la perception d'un empâtement profond accompagné de symptômes généraux graves, sans doute auront chance de précipiter sa décision. Sera-t-il de bonne prudence de ne pas se presser outre mesure, puisque certains malades, à deux doigts de la suppuration, y échappent ? Cette dernière éventualité étant exceptionnelle, le praticien fera bien de ne pas trop compter sur elle. Il observera de près, pèsera la marche de l'inflammation osseuse, et si décidément elle offre peu de chance de résolution et s'aggrave d'un état général qui fléchit de jour en jour, préparera son bistouri et son trépan, ou mieux encore, la gouge et le maillet. Vers le sixième ou septième jour, il se mettra en mesure d'opérer, n'attendant pas l'apparition d'une fluctuation qui dans l'espèce, pourrait longtemps se faire attendre. Le traitement de la première heure consistera en réfrigération locale par les vessies de glace, l'administration des boissons aqueuses abondantes, de la quinine à l'intérieur. Les émissions sanguines bénéficient-elles de quelque efficacité ? Elles passent aux regards de la clientèle pour jouir d'une action antiphlogistique assurée. Si septique soit le praticien en ce qui touche une action de cet ordre, il se montrera bien inspiré de ne pas rejeter délibérément une opinion si fortement ancrée dans l'esprit public. Il appliquera quelques sangsues, un peu peut-être dans l'espoir de soulager son patient, surtout pour se concilier les bonnes grâces de l'entourage.

Les femmes, à la campagne du moins, conservent avec respect les traditions du passé. Là, où il y a

Digitized by Google

inflammation, il faut tirer du sang. Tel est leur bréviaire ; pourquoi ne pas le suivre ? Il en coûte si peu, cela ne fait pas de mal et chacun s'en déclare satisfait. — Dr N. Couderc.

Formulaire du Praticien

Quel parti peut-on tirer du baume du Pérou dans les bronchites

Le baume du Pérou est à la fois un anticatarrhal et un expectorant. Est-ce bien là l'idée que tous les praticiens s'en font? La plupart paraissent le considérer tout simplement comme un « stimulant », comme un « expectorant »,

La vertu expectorante de ce baume naturel est due moins aux acides cinnamique et benzoïque qu'il contient dans les faibles proportions de 8 à 10 pour 100, et qui, après leur absorption, sont transformés en acide hippurique éliminé par les urines, — moins, dis-je, à ces acides qu'à l'huile volatile, la *cinnaméine*, qu'on y rencontre (50 pour 100).

Sa vertu anticatarrhale doit être rapportée à une résine évaluée par les chimistes à 30 pour 100 et retrouvée dans les crachats comme celle de la gomme-ammoniaque.

Rappellerai-je qu'au XVIIIe siècle les médecins s'en servaient souvent, associé, il est vrai, à d'autres anticatarrhaux et expectorants ? Le baume du Pérou a sa bonne part des effets avantageux des *pilules basalmiques de Morton* employées au déclin des bronchites, dans les catarrhes chroniques des bronches liés ou non à la tuberculose, à l'emphysème, et dans les bronchectasies.

Les *pilules de Marcus* contre la bronchite catarrhale (2 à 6 par jour) sont à 0 gr. 04 de baume du Pérou, 0 gr. 08 de myrrhe et 0 gr. 01 d'extrait d'opium. La résine de la myrrhe, si appréciée pour son action de tarissement des sécrétions bronchiques par Boerhaave, par Griffith, par Duncan et par Percival, par J. Frank, suspend, comme celle du baume du Pérou, l'excès des fonctions sécrétoires de la muqueuse des bronches, tandis que l'huile essentielle de ce dernier aide, en attendant l'assèchement complet, à l'expectoration des produits muco-purulents.

D'aucuns, poursuivant le même double but de tarissement et d'expulsion des sécrétions, ont incorporé dans des bols ou dans un électuaire le baume du Pérou avec le goudron. Voici une formule de la pharmacopée italienne :

Goudron	ãã 0 gr. 15
Baume du Pérou	
Poudre de réglisse	0 gr. 30
Poudre d'iris	0 gr. 10

Pour un bol gélatinisé. — 1 à 4 par jour.

L'*électuaire de Mignot* est à 5 gr. de baume du Pérou, 5 gr. de goudron et 4 gr. de poudre d'iris (2 à 4 gr. par jour).

Le *baume de Locatelli* contre la phtisie pulmonaire (2 gr. par jour) doit sa réputation au baume du Pérou et à la térébenthine. Meibom alla jusqu'à recommander, pour prévenir la phtisie pulmonaire, une autre mixture dont le baume du Pérou et la térébenthine étaient encore les substances actives. Huchard s'est ressouvenu de la confiance des anciens dans le baume du Pérou lorsqu'il a prescrit aux phtisiques torpides les capsules :

Créosote de hêtre	ãã 0 gr. 05
Iodoforme	
Eucalyptol	
Baume du Pérou	

Pour une capsule. — 4 par jour, aux repas.

Les doses sont plus élevées dans les *capsules de F. Schmey* :

Baume du Pérou	0 gr. 30
Gaïacol	0 gr. 20

Pour une capsule. — 3 à 6 pendant chacun des principaux repas.

Monin donne aux scrofuleux atteints de bronchite quelques cuillerées d'un demi-litre d'émulsion d'huile de foie de morue à 10 gr. de baume du Pérou, 2 gr. d'iodoforme et 5 gr. d'eucalyptol.

Wiss et autres ont eu le tort de traiter les bronchites vulgaires dans la période d'acuité et aussi l'asthme des foins par le baume du Pérou, 1 à 2 gr. dans un looch ; cette méthode est mauvaise : le médicament retarde la coction des produits exsudés dans les bronches parce que ses propriétés anticatarrhales sont plus marquées que ses propriétés expectorantes. — Dr Liégeois.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

(Pensions aux médecins et à leurs familles)

Le 16 février courant, la Société centrale de l'Association générale des médecins de France tenait sa séance annuelle Entre autres projets, le secrétaire adjoint, M. Smester, insistait sur la création d'une caisse « assurant suffisamment le pain quotidien aux veuves et aux orphelins en cas de décès du médecin. »

Aujourd'hui, il existe sans doute quelque chose d'approchant, mais combien loin d'une action suivie et réellement efficace ! Des secours sont accordés aux veuves, aux enfants des confrères décédés ; malheureusement trop précaires quant à la somme, et n'étant valables que pour une année, ils nécessitent de la part des intéressés, des démarches pénibles, presque humiliantes, renouvelées fréquemment, et si les réserves du budget sont compromises, risquant aussi de ne pas aboutir. Quand on n'a plus

Digitized by Google

d'argent, on repousse la demande ; si elle n'est pas repoussée, on l'examine de plus près, on l'épluche, on accumule les raisons qui motivent sinon le rejet, au moins la réduction de la somme indispensable. On marchande à la misère ; pourquoi un morceau de pain entier ? La moitié ne suffirait-elle pas ? Malheureux ceux que la détresse transforme en solliciteurs ! Ils s'adressent à la pitié, au cœur, à la générosité ; ils implorent et supplient ; bien souvent, ils doivent multiplier les visites, mettre en jeu les influences, les protections et pour quel résultat ? Un secours qu'on leur alloue comme une aumône et une aumône essentiellement temporaire.

Dans pareils procédés se glisse je ne sais quoi d'injuste et d'outrageant. Le malheur est déjà un fardeau assez pesant pour qu'on ne l'alourdisse pas du récit affligeant et répété, que ceux dont il écrase les épaules, sont tenus d'en faire. Ils sont dans la misère, qu'on leur vienne en aide une fois par toutes. Ou plutôt qu'on ne leur vienne pas en aide à la façon d'un acte de charité dont on les gratifie, que la pension qu'on leur alloue ne soit pas considérée comme une sorte de don généreux et tout à fait facultatif. La femme du confrère, ses enfants, une fois que leur position précaire est reconnue, doivent toucher leur pension *non comme un bienfait, mais comme un droit*. Et cela dit non seulement à l'adresse de la femme et des enfants. Le confrère aussi doit jouir du même avantage moral. L'Association ne sera pas censée faire œuvre de bienfaisance, mais de justice. Elle ne sert pas un capital, mais des intérêts.

Le travail et les qualités morales constituent une valeur plus noble que l'argent. Comme lui et plus encore que lui, ils devraient, aux yeux d'une Société équitable, être considérés comme placements d'un rapport prévu.

Malheureusement, la Société a bien d'autres soucis. Etourdie par le bourdonnement des politiciens, elle n'a pas toujours la faculté ni de réfléchir, ni de prévoir. Comment lui demander qu'elle secoure les pauvres diables qui se sont tués pour elle et les familles que le désintéressement de leur chef a jetées sur le pavé ? Ne sortons pas du domaine de la médecine. Que de misères et de détresses, parce que le confrère sur ses vieux jours ne possède d'autres ressources que la satisfaction du devoir accompli !

Or, ce que la Société ne peut faire pour l'ensemble des individus, l'Association générale a le devoir de l'entreprendre vis-à-vis de ses membres malheureux. Ce que le confrère aura épargné dans les heures de prospérité sous forme de dévouement et d'abnégation au service de ses semblables, elle le lui comptera comme un capital qui mérite pension. C'est elle, l'Association générale, qui tiendra le grand livre de la dette. Tant d'années de travail, tant d'années de fatigue et de peine seront inscrites comme autant de placements renouvelés. L'intérêt de cette fortune sera remboursé par une sorte de retraite proportionnelle. Le pauvre confrère qui passe les nuits sur les grandes routes et ne touche comme rémunération de ses peines qu'une reconnaissance impatiente et qui tourne vite à l'ingratitude, n'est-il pas plus méritant que tel autre replié sur lui-même et qui n'ayant jamais fait de bien à personne, ne songe qu'à amasser et à augmenter sa fortune ? Et pourtant; voyez, celui qui, sa vie durant, aura enfoncé son sillon comme une bête de labour, se verra, les années venant, délaissé et mourra dans la gêne, tandis que l'autre, l'être inutile et oisif, c'est lui qui passera la vieillesse heureuse et libre de soucis. Entre les divers abus qui ont cours et règnent dans la Société actuelle, ce n'est pas là le moindre. Il appartient à l'Association de corriger de pareils dénis au bon sens et à la justice. Tous les efforts qu'elle tentera dans ce sens, nous y applaudirons sans réserve. — Z.

P. S. Dans le prochain article nous parlerons de la loi pour la protection de la santé publique.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nouveau signe précoce de la phtisie. — Les signes précoces de la phtisie sont déjà nombreux. Overend (*Méd. Rev.* décembre) décrit un nouveau signe: de petites varices superficielles au niveau des épines de la septième vertèbre cervicale et des trois premières dorsales. Ces varices seraient dues à des effets de compression, la veine intercostale supérieure gauche pouvant être étranglée dans un engorgement des ganglions inter-trachéo-bronchiques. Les épaississements de la plèvre agiraient dans le même sens.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Pomme de terre substituée au pain chez les diabétiques; par M. Bretet. — Je lis, dans le numéro du 10 janvier du *Répertoire de pharmacie*, un article de M. le Dr Mossé, qui préconise la pomme de terre pour remplacer le pain dans l'alimentation des diabétiques. D'après cet article, comme d'après celui qui a paru, il y a peu de jours, dans le *Petit Journal* M. Mossé aurait, le premier, reconnu les avantages du précieux tubercule.

En l'absence de mon ami, le Dr Coignard, qui habite actuellement le Chili, il est de mon devoir de réclamer pour lui la priorité.

Dans une communication faite à la *Société de médecine de Paris*, le 23 *octobre* 1886, M. Coignard a indiqué les avantages de la pomme de terre dans l'alimentation des glycosuriques ; il a cité des observations à l'appui et en a montré la raison dans la composition chimique donnée par les analyses de Boussingault, Barral, Moleschott, Lécorché, Esbach et autres. La communication de M. Coignard a été publiée dans l'*Union médicale* en 1886. J'ajouterai que, depuis cette époque, l'emploi de la pomme de terre est souvent conseillé par des médecins de Vichy, qui ne liront pas sans un certain étonnement *la découverte* de M. le Dr Mossé (*Répertoire de pharmacie*, 10 février).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement du lupus. — Nombre de médications ont été proposées dans le traitement du lupus. La thérapeutique de cette scrofulo-tuberculose de la peau s'est enrichie tout récemment de deux méthodes nouvelles qui, l'une et l'autre, ont donné d'incontestables succès et qui présentent chacune des indications toutes spéciales : la méthode de Butte (permanganate de potasse) ; la méthode de Finsen (photothérapie).

Le lupus se présente sous deux formes : le lupus tuberculeux, le lupus érythémateux. Tout le monde est d'accord pour faire du premier une scrofulo-tuberculose ; malgré plusieurs avis contraires, il est probable qu'il en est de même du lupus érythémateux.

Le lupus tuberculeux vulgaire est caractérisé par le « tubercule » petit, puis plus volumineux, de couleur sucre d'orge, de consistance molle, très richement irrigué (surtout dans les formes angiomateuses) et dont les caractères essentiels sont sa vitalité, sa tendance à l'extension, sa résistance aux agents extérieurs. D'abord situés dans les couches profondes du derme, de préférence à la périphérie des plaques lupiques, les tubercules évoluent soit en régressant et en se cicatrisant, soit en se ramollissant et en s'ouvrant à l'extérieur. Le lupus érythémateux présente une forme généralisée aiguë (fébrile) ou chronique et une forme localisée, la seule que nous ayons ici en vue, qu'elle soit simple ou acnéique.

Le traitement du lupus comprend deux points : le traitement général qui modifie le terrain sur lequel évolue le bacille ; le traitement local qui se propose d'enrayer la marche locale de la lésion en l'atteignant directement.

Le traitement général s'obtient par trois catégories de moyens qui sont loin de s'exclure l'un l'autre : 1° le régime hygiéno-diététique : cure d'air, de lumière, d'altitude ; séjour dans les sanatoria, sur le bord de la mer, etc... (malgré une belle observation du Dr Morin du sanatorium de Leysin, il n'est pas habituellement suffisant pour obtenir la guérison).

2° Les médicaments internes : l'huile de foie de morue à haute dose, 6, 8 et 10 cuillerées par jour si le malade peut les supporter ; le sirop iodo-tannique ; les préparations arsénicales ; la créosote ; les injections intra-musculaires de cacodylate de soude employées avec avantages dans le service de M. Hallopeau.

3° La sérothérapie : se souvenant de certains cas de lupus guéris par un érysipèle intercurrent, plusieurs médecins se crurent autorisés à injecter des toxines streptococciques à des malades atteints de lupus. Les résultats furent douteux, si bien qu'il est prudent d'abandonner ce mode de traitement à cause des complications viscérales nombreuses et graves que déterminent souvent les toxines streptococciques. On avait pensé alors trouver dans la tuberculine un sérum actif et précieux ; mais qu'on emploie la lymphe de Koch ou la tuberculine, on n'obtient qu'une réduction temporaire, un arrêt momentané du processus tuberculeux, jamais de guérison véritable. Enfin, sans plus de succès, on essaya du sérum de Maragliano et du sérum de chien tuberculisé.

Le traitement local comprend : 1° les méthodes sanglantes et 2° les méthodes non sanglantes.

1° Les méthodes sanglantes :

L'ablation totale est un procédé radical à condition d'avoir bien soin de dépasser les limites du mal. Si le lupus siège dans une région où la peau est extensible (front, membres, tronc) on obtiendra assez facilement une réunion par première intention. Si le lupus siège dans une région où la peau est inextensible (nez, oreille) ou si ses dimensions sont trop considérables on comblera la perte de substance par une greffe : soit greffe par mobilisation et glissement de lambeaux voisins, soit greffe italienne, soit, plus simplement encore, greffe de Thiersch. Nous avons été témoins de remarquables succès obtenus par cette méthode (Ch. Nélaton, *Ann. de dermat. de syph.*, juin 1899).

Le râclage avec la curette tranchante de Volkmann, suivi ou non de greffe, n'enlève pas toujours en entier le tissu malade, et expose à l'infection tuberculeuse secondaire.

Les scarifications sont un moyen d'une extrême lenteur qui a pour principaux avantages d'éviter les rétractions cicatricielles et de donner une belle cicatrice.

M. Besnier reproche à tous ces moyens sanglants d'ouvrir aux bacilles des portes d'entrée vasculaires et de provoquer ainsi la généralisation de l'infection tuberculeuse.

2° Les méthodes non sanglantes :

Les cautérisations ignées, méthode uniquement applicable aux petits lupus en raison de sa lenteur, de la douleur provoquée, des rétractions cicatricielles consécutives. De préférence au thermocautère on emploiera le galvanocautère à une pointe ou à

Digitized by Google

pointes multiples qui présente une irradiation ignée beaucoup moindre. Les cicatrices produites par la cautérisation sont moins belles que celles qui suivent les scarifications, mais cette méthode n'expose pas au moins aux infections tuberculeuses secondaires.

Les caustiques chimiques sont aujourd'hui à peu près complètement abandonnés. L'acide lactique cependant produit souvent de bons effets sur le lupus ulcéré et sur le lupus des muqueuses.

Le permanganate de potasse, employé par Butte dès 1897, a été expérimenté à nouveau à l'hôpital Saint-Louis par M. Hallopeau, et les résultats sont consignés dans une intéressante thèse de Jacques Dupuis (Paris, 1901). Le permanganate est employé en poudre sur les lupus non ulcérés, en solution à 1/50 sur les lupus non ulcérés et les lupus ulcérés. Dans la première méthode on dépose sur la surface lupique soigneusement lavée au savon à l'ichtyol, puis séchée, la poudre de permanganate (sur toute la surface du lupus si celui-ci est de petite dimension, en un point limité s'il est étendu). La poudre recouverte d'une bande d'ouate hydrophile sèche est laissée en place un quart d'heure, après lequel on fait un lavage à l'eau bouillie, suivi d'un pansement humide à l'eau bouillie. Trois ou quatre jours après tombe une légère eschare superficielle vivement cicatrisée. S'il en était besoin on ferait même une seconde application. Si l'on emploie la solution, il faudra faire tous les jours jusqu'à guérison une application de compresses trempées dans le permanganate, recouvertes d'imperméable, laissées en place pendant un quart d'heure et remplacées par des compresses d'eau bouillie.

L'action antiseptique, hémostatique, faiblement caustique du permanganate ainsi employé, a pour résultat : la cicatrisation rapide des ulcères, l'affaissement des tubercules, l'effacement des saillies végétantes et chéloïdiennes.

Les avantages de cette méthode sont : la facilité, la simplicité, le bon marché, l'indolence, la rapidité, la beauté des cicatrices. Ses inconvénients sont : la coloration momentanée des tissus en noir, l'insuffisance notoire dans les cas de lupus avec altérations profondes du derme, sa non-utilisation pour le lupus des muqueuses.

La photothérapie est basée sur les propriétés bactéricides de la lumière. L'appareil de Lorted et Genoud, qui a remplacé l'appareil primitif de Finsen, permet de condenser les rayons chimiques ultraviolets, qui possèdent au plus haut point la propriété microbicide, tout en éliminant les rayons calorifiques infra-rouges dont l'action ne peut être que nocive. Il se compose d'une lanterne à arc voltaïque émettant des faisceaux lumineux qui, après s'être débarrassés de leurs rayons calorifiques, aboutissent à un compresseur qu'on applique sur la région à exposer où il est exactement fixé au moyen de lacs, afin que les rayons chimiques agissent toujours au même point. Le malade est ainsi maintenu 10 à 15 minutes, la surface traitée à chaque séance étant d'environ une pièce de 50 centimes. Il n'éprouve pas la moindre douleur pendant toute la durée de la séance. Quelques heures après se déclare un érythème local qui aboutit 24 heures après à du gonflement, de la rougeur, et à l'apparition de vésicules remplies de liquide qui se dessèchent en formant des croûtes tombant sous l'influence des pansements humides. Si l'application a été suffisamment prolongée on peut alors constater l'aplanissement des bords autrefois surélevés, la diminution de la rougeur, l'isolement et l'atténuation des tubercules, la cicatrisation des ulcérations et le retour de la peau à sa couleur normale. D'une façon générale, deux à trois séances suffisent pour amener la guérison d'un point donné. Il suffit de traiter successivement de la même manière tous les points du placard pour amener une disparition totale de la lésion.

Les avantages de la méthode sont les suivants : indolence absolue ; cicatrices parfaites, supérieures à celles de la scarification ; bons résultats sur des lupus avec altérations profondes par le fait de la profondeur à laquelle agissent les rayons lumineux ; supériorité marquée sur les autres méthodes au point de vue du nombre des guérisons et de l'absence de récidives ; guérisons possibles même après la cessation du traitement, car les bacilles de Koch sont tués par la lumière bien avant que se soit effectuée la transformation du tissu malade d'aspect rouge brun en tissu sain de coloration blanche, transformation qui ne se produit que plus tard et à la longue.

Ses inconvénients sont les suivants : longueur du traitement qui, en moyenne, doit être répété tous les jours pendant 2 à 4 mois ; prix de revient excessif du traitement. Cependant E. Lepeut (*Thèse Paris*, 1901) admet qu'une fois acheté (1000 fr.) et installé (300 fr.) l'appareil dépense à 1 heure 2 fr. 47, ce qui revient à 0 fr. 62 centimes pour chacun des quatre malades pouvant être traités pendant une heure.

Le traitement local rationnel du lupus pourrait donc être posé de la manière suivante :

La photothérapie est actuellement le traitement idéal du lupus, malheureusement son application nécessite une source d'électricité et une mise de fonds assez sérieuse, deux conditions qui rendent son établissement rarement possible en dehors des grandes villes. La photothérapie employée comme premier traitement d'un lupus ne sera donc appliquée qu'aux personnes fortunées et disposant d'un laps de temps suffisant.

Digitized by Google

Dans tous les autres cas on recourra d'abord aux méthodes ordinaires ; chez les gens courageux et pressés, porteurs d'un lupus bien limité : l'ablation au bistouri, suivie de réunion par première intention si la peau est extensible, suivie de greffe au cas contraire. Dans le cas de lupus exubérant et siégeant près des orifices : les scarifications répétées. Dans le cas de lupus ulcéré : applications de la solution de permanganate au 1/50e.

Enfin dans tous les cas où les traitements ordinaires auront été appliqués sans aucun succès, il faudra, coûte que coûte, recourir au traitement par la lumière qui peut même alors donner de très beaux succès. — R. B.

PÉDIATRIE

Les sténoses du pylore chez le nouveau-né. — Les sténoses du pylore prennent dans la pathologie de l'estomac une importance chaque jour accrue. On connaît le rôle de cette sténose du pylore dans l'hyperchlorhydrie. Comme complication de l'hyperchlorhydrie et de la gastro-succorrhée, une irritation de la muqueuse stomacale apparaît et se traduit par de la sténose pylorique. Cette sténose peut être provoquée par un spasme, mais dans certains cas, elle est aussi d'origine organique. Un ulcère de l'estomac se produit souvent comme conséquence de la gastro-succorrhée. Que l'ulcère siège au niveau du pylore, sa cicatrisation amène la formation d'un tissu rétractile qui vient rétrécir le pylore. Telle est l'opinion de Reichmann et Bouveret. Boas et Hayem pensent autrement. Ils estiment que c'est la sténose pylorique qui apparaît en premier lieu. Au lieu d'être une conséquence, c'est une cause. Un ulcère stomacal la provoque. La gastro-succorrhée ne produit plus la sténose, elle la suit. Quoi qu'il en soit de ces rapports toujours pendants de l'ulcère et de la gastro-succorrhée, il faut bien constater, dit M. Linossier dans la dernière des excellentes revues critiques qu'il publie chaque année sur les maladies de l'estomac (Asselin et Houzeau, 1902), que les cas de gastro-succorrhée (maladie de Reichmann) sans ulcère deviennent de plus en plus rares.

Dans le même mémoire, M. Linossier nous parle de la sténose du pylore chez les enfants. C'est là une maladie curieuse et qui aboutit à des indications fort utiles au praticien.

Non pas que la maladie soit très fréquente. On n'en compte guère plus de 70 cas. Les uns dépendent de rétrécissement pylorique par vice congénital de développement ou brides fibreuses et adhérences inflammatoires anciennes (péritonite fœtale, syphilis, etc.). D'autres, reconnaissent pour causes une sorte d'hypertrophie pylorique, le pylore se transformant en une tumeur qui peut atteindre le volume d'une noix. La troisième classe de sténoses pyloriques provient d'un véritable spasme (pylorospasme essentiel de la première enfance, comme l'appellent MM. Weil et Péhu). Cette maladie liée à une hyperesthésie de la muqueuse gastrique, se trahit par des vomissements abondants ; il existe de la constipation intermittente. La dilatation de l'estomac, difficile à constater chez le nouveau-né, est loin d'être constante ; il en est de même des contractions péristaltiques. On avait attribué une grande importance à l'absence de bile dans les matières vomies; mais ce n'est pas là un signe de valeur. D'après Weil le nouveau-né vomit très rarement de la bile.

Le traitement médical, dans les cas de sténose spasmodique, peut produire des résultats. Il consiste dans la régularisation des têtées, l'application de compresses chaudes sur l'épigastre. Le bicarbonate de soude à petites doses, le lavage de l'intestin rendront des services.

Quand la cause de la sténose pylorique est congénitale, les accidents apparaissent naturellement dès la naissance. Ils peuvent tarder un à trois mois quand il s'agit de sténoses par hypertrophie pylorique. Des vomissements abondants se produisent, rejettent tout le lait ingéré ; la constipation est absolue si la sténose est complète.

Pour de pareils cas, on comprend l'inefficacité du traitement médical. Il faut recourir à la gastro-entérostomie. L'opération est fort grave (neuf morts sur 14 cas) ; on trouvera la statistique moins sombre en songeant qu'elle intéresse des enfants qui, en l'absence d'une intervention opératoire, eussent été voués à une mort certaine.

Le praticien demande : Comment faire le diagnostic entre les sténoses par spasme et les sténoses pyloriques? De signes différentiels nets, il n'en existe pas. Seuls, les effets du traitement peuvent fournir matière à distinction. On essaiera d'abord le traitement médical ; s'il échoue, il sera toujours temps de songer à une intervention sanglante qu'on ne retardera toutefois pas trop longtemps, en raison des dangers d'affaiblissement qui, étant survenus, augmenteraient trop fortement les risques opératoires. — L. M.

Maternisation de l'allaitement artificiel. — Après l'accouchement, la teneur en principes alimentaires du lait de femme est très pauvre et elle augmente progressivement à mesure que l'enfant se développe et que les besoins de sa nutrition devien-

Digitized by Google

nent plus impérieux. M. Cayla, de Bordeaux, part de ce principe pour recommander une nouvelle méthode de maternisation du lait de vache ; il s'efforce de réaliser la richesse graduellement croissante de l'allaitement maternel en multipliant les coupages du lait de vache, en augmentant tous *les trois jours* le taux de ses éléments nutritifs au lieu de l'accroître brusquement du jour au lendemain et une fois seulement tous les mois, suivant les méthodes anciennes. Il évite ainsi les différences considérables de 50 à 75 0/0 dans la composition du mélange d'eau et de lait, différences qui donnent lieu régulièrement à une poussée de gastro-entérite et qui compromettent et discréditent l'allaitement artificiel.

Grâce à ce procédé nouveau, dit M. Linossier dans la présentation qu'il a faite de ce travail à l'Académie (*8 février*), les voies digestives les plus délicates supportent, sans la moindre réaction, les quantités régulièrement et progressivement croissantes des éléments nutritifs du lait de vache, car les calculs s'appliquent aussi bien aux hydrates de carbone qu'aux principes albuminoïdes.

L'opération du mélange du lait avec l'eau, compliquée et difficile en apparence, est rendue simple, précise et pratique par l'emploi d'une étiquette, dite *hydro-lactomètre,* qu'on applique sur un litre ordinaire destiné à recevoir le mélange et sur laquelle on voit d'un côté le niveau du lait, et de l'autre celui de l'eau avec les jours où les proportions des deux liquides doivent être modifiées.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La levure de bière. — Une communication récente de M. le Dr Piétri (de Nice) va nous permettre de revenir sur l'importance de la levure de bière, en thérapeutique. M. le Dr Piétri a eu l'idée de traiter deux varioleux âgés de 40 à 45 ans, ayant été vaccinés, mais non revaccinés, par l'emploi de la levure de bière. Malgré la confluence de l'éruption, la maladie a évolué sans fièvre ni suppuration. Le médicament avait été ordonné aux doses de 5 à 6 cuillerées à café par jour, et continué pendant une dizaine de jours. Le nombre restreint de malades traités par M. le Dr Piétri ne permet pas encore d'émettre des conclusions définitives sur la valeur de cette médication. L'auteur serait heureux que des confrères munis de varioleux, voulussent bien expérimenter sa méthode. Ce sont souvent les agents thérapeutiques les plus simples qui produisent les résultats les plus inespérés.

Aussi bien, le traitement de la variole par la levure de bière est rationnel. Le remède réussit fort bien dans la furonculose et même dans certaines dermatoses suppurées (impétigo, acné, folliculites sycosiformes, orgelets). Il semble avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré. M. le Dr Piétri a donc été heureusement inspiré en prescrivant la levure de bière dans la variole.

Le médicament est en outre susceptible d'applications externes. Il a été employé dans la leucorrhée, dans la vaginite blennorragique. Diluée dans un peu de bière jusqu'à consistance demi-liquide, la levure est injectée au moyen d'une seringue jusqu'au niveau du col, et maintenue au contact de celui-ci, moyennant un tampon de coton hydrophile.

Outre son action dans les maladies suppuratives et la leucorrhée, la levure de bière exerce une influence qui paraît favorable sur un certain nombre de maladies infectieuses.

Pierre Marie l'a ordonnée dans la pneumonie. Faisans l'a employée dans la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde. Quelle est la valeur de la levure dans cette dernière maladie? Elle supprimerait la diarrhée, ferait perdre la fétidité des selles, abaisserait le degré thermique (Dr Laffont), et doit en général être considérée comme un adjuvant précieux de la méthode de Brand. Pour obtenir ces résultats, le remède doit être administré à l'intérieur et en lavements. A l'intérieur, une cuillerée à café 3 fois par jour ; en lavements à dose double : 2 cuillerées à café 3 fois dans les 24 heures, dissoutes dans 150 gr. d'eau bouillie.

Thiercelin se serait bien trouvé de la médication dans les gastro entérites infantiles et les entérites dysentériformes.

Les médecins lyonnais opposent la levure de bière aux angines phlegmoneuses. L'un d'eux, le Dr Durand (*Lyon Médic. 9 février*) à qui nous empruntons un certain nombre des détails qui précèdent, a usé de la méthode dans un cas d'amygdalite phlegmoneuse. La malade est soulagée après avoir pris le remède à la dose de 4 cuillerées à café par jour. Alors que la tuméfaction amygdalienne était énorme, celle-ci disparaît après l'évacuation de quelques gouttes de pus sanguinolent.

Le médicament n'agit qu'autant que de bonne qualité. On s'assurera de sa valeur, si la levure est sèche, en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25° à 35°. Si le produit est bon, la fermentation doit s'opérer rapidement. — L. M.

Traitement des troubles généraux de la ménopause, par le régime lacté intermittent. — Certaines femmes, arrivées à la ménopause, présentent parfois des troubles tels que : inappétence,

Digitized by Google

vertiges, insomnies, céphalées, palpitations, essoufflement, etc... Il est aisé de reconnaître, chez ces sujets en instance d'arterio-sclérose, les symptômes de la toxémie alimentaire, si bien mise en lumière par les travaux et l'enseignement de M. Huchard.

Le traitement par le régime lacté est la conséquence naturelle de cette notion pathogénique. Toutefois, comme ces accidents sont peu intenses, il n'est point nécessaire de faire suivre d'une manière prolongée ce régime à des femmes se croyant saines en apparence. Il suffit de faire prendre le lait et quelques pommes de terre avec un peu de pain, deux jours par semaine, et de conseiller l'alimentation habituelle les cinq autres jours de la semaine. Ce régime, aidé de quelques laxatifs, rétablit en général assez vite l'équilibre de la fonction rénale, ainsi que M. Camescasse l'a montré récemment. (*Soc. de thérap., janvier 1902.*)

Traitement de la pustule maligne par l'eau oxygénée et le bicarbonate de soude. — Voici comment procède M. Camescasse, qui, dans un centre important de mégisseries a, jusqu'ici, traité avec succès 13 cas de pustules malignes.

Après incision très large de la pustule jusqu'aux tissus sains, il arrose lentement la cavité ainsi formée, avec quelques centimètres cubes d'eau oxygénée : le contenu de 2 à 3 seringues uréthrales vulgaires; puis il panse à plat avec des compresses trempées dans une solution de bicarbonate de soude à 20 0/00.

Ce pansement, renouvelé les jours suivants, enraye la marche du mal et détermine une prompte cicatrisation.

GYNÉCOLOGIE

La perforation de l'enfant vivant. — Une femme atteinte de bassin vicié rendant l'accouchement normal impossible, fait appeler le praticien. Quelle conduite doit-il tenir? En ville et dans les hôpitaux des grands centres, l'hésitation d'ordinaire n'est pas de mise. L'accoucheur pratique l'opération césarienne ou la symphysiotomie ; son intervention offre l'avantage de sauver à la fois la mère et l'enfant. Dans la pratique rurale, il n'en est pas de même. Le confrère recule devant ces opérations hardies qui, pour être suivies d'heureux résultats, n'en comportent pas moins et dans d'autres cas, des conséquences fâcheuses. L'opération césarienne, selon le Dr Bar, donne encore une mortalité de 6.41 0/0 pour les mères et de 5.59 0/0 pour les enfants. Quant à la symphysiotomie, les femmes qui la subissent succombent dans la proportion de 12 0/0, les enfants fournissent un chiffre de décès de 13 0/0. Ce sont des statistiques qui font réfléchir. En présence de semblables éventualités, le praticien agira prudemment de ne pas se lancer dans la haute chirurgie. Il se tiendra à la pratique de ses pères et pratiquera l'embryotomie. Il ne se résoudra à cette extrémité toutefois qu'en désespoir de cause, et quand la vie de la femme sera directement menacée. Avant d'en venir là, il saura attendre. L'énergie des contractions utérines et la plasticité de la tête viennent à bout d'obstacles qui semblaient insurmontables. Le pronostic des accouchements dans les bassins viciés est soumis à des variations infinies. Et quand tout semblait perdu, tout s'arrange de soi et, le temps aidant, finit par s'accomplir normalement. C'est surtout en matière d'accouchement que le praticien agira sagement de ne pas prononcer de pronostic trop catégorique. Des démentis brutaux risqueraient de venir compromettre sa réputation.

La cocaïne comme régularisateur des contractions utérines. — La dilatation du col peut être complète et la poche des eaux rompue, mais les douleurs expulsives restent insuffisantes ou font défaut. D'autres fois, au contraire, les contractions de l'utérus affectent un caractère spasmodique. Dans les deux cas, la cocaïne sous forme de suppositoires rend des services. Grâce à son action, les muscles abdominaux se contractent, les contractions utérines se régularisent. La dose de 3 centigr. est employée ; on la peut renouveler au bout d'une heure et demie, si nécessaire. Sur 40 cas le Dr Westphalen n'aurait pas observé de phénomènes d intoxication. (*R. de Gynécologie de Bordeaux.*)

FAITS THÉRAPEUTIQUES

Moyen simple de favoriser l'écoulement du sang dans les cas de « saignée blanche »

Voici un moyen très simple et qui m'a donné un résultat très favorable dans les circontances suivantes :

Au commencement de juin, j'étais appelé auprès de Mme X..., tunisienne, que j'avais, quelque temps auparavant, soignée pour une fièvre typhoïde ; celle-ci avait évolué classiquement, compliquée seulement de troubles cardiaques qui disparurent sous l'influence du traitement. Je crois inutile de relater les divers épisodes de la maladie: un seul fait important, c'est que l'analyse des urines, pratiquée par moi à plusieurs reprises pendant toute la durée de la maladie, avait révélé toujours une notable quantité d'albumine ; je n'ai pu savoir si Mme X... avait présenté des troubles du côté des reins ou des symptômes quelconques d'urémie avant sa fièvre typhoïde. Au bout de cinq semaines environ, la malade entrait en convalescence ;

Digitized by Google

leurs urines étaient abondantes, ne contenaient plus qu'une faible proportion d'albumine; malgré cela, je prescrivis de continuer le régime lacté, conseillai des précautions hygiéniques, et recommandai de faire pratiquer l'examen complet de l'urine, aux points de vue chimique, bactériologique, etc. ; on devait me rendre compte du résultat que j'attendis en vain.

Je n'entendis plus parler de Mme X... auprès de laquelle, trois semaines après environ, j'étais rappelé en toute hâte; je ne pus m'y rendre qu'au bout de deux heures, et trouvai la malheureuse dans l'état suivant ; coma absolu, insensibilité complète, face cyanosée, yeux convulsés, respiration stertoreuse, un peu d'écume aux lèvres, battements du cœur tumultueux, pouls tendu, irrégulier ; une auscultation rapide des poumons ne fit rien découvrir d'anormal. Un confrère, appelé en mon absence, avait fait une injection d'éther, puis s'était retiré, ne cachant pas à la famille qu'il considérait le cas comme désespéré. Pendant que je faisais une nouvelle injection d'éther, et couvrais la poitrine et les membres de ventouses, je me mis au courant de ce qui s'était passé. Me souvenant de l'albuminurie que j'avais constatée chez la malade, mon attention se porta aussitôt, comme bien on pense, du côté des reins, et j'appris que Mme X... n'avait pas voulu se soumettre au régime lacté, et avait négligé toutes précautions, « ne se sentant plus malade », disait-elle. Depuis plusieurs jours, elle souffrait de céphalée violente, courbature, insomnie ; l'urine avait notablement diminué de quantité, et, dans les deux derniers jours, la malade n'avait pas uriné, en tout, la valeur d'un verre à boire. J'étais en présence d'un accès d'urémie cérébrale à forme comateuse. Je fis faire aussitôt des inhalations d'oxygène, qu'on avait trouvé tout prêt chez un pharmacien du voisinage, appliquai ventouses, sinapismes, lavement purgatif, et pratiquai une saignée. Hélas, pas une goutte de sang ne sortit ! La malade étant très grasse, je disséquai légèrement les veines, et ouvris largement la céphalique, puis la basilique, sans aucun résultat. Le sérum que j'avais fait chercher n'était pas apporté ; malgré une injection d'éther tous les quarts d'heure et les inhalations d'oxygène, les symptômes s'aggravaient rapidement ; la respiration s'embarrassait de plus en plus; les pupilles, immobiles, étaient largement dilatées, le pouls devenait à peine perceptible ; la malade allait mourir, faute peut-être de la soustraction d'un peu de sang et j'étais là, avec cette terrible angoisse du médecin qui se voit impuissant devant la mort imminente, quand j'eus l'idée suivante, très simple comme on va voir : je mis sur le pli du coude, englobant les deux incisions veineuses, une large ventouse, faite à l'aide d'un verre de table. Au bout de quelques secondes, le sang sortit par le deux ouvertures, d'abord goutte à goutte, puis rapidement: je pus soustraire ainsi 300 grammes de sang environ. L'effet fut incroyablement rapide ; la malade semblait renaître à mesure que le sang sortait ; au bout d'une heure à peine, elle avait recouvré toute sa connaissance. A ce moment, le sérum étant apporté, je voulus pratiquer une injection ; mais Mme X.. très pusillanime, ne voulut pas se laisser faire. On continua seulement par intermittences, les inhalations d'oxygène ; dans l'après-midi, la malade paraissait hors de danger. Convaincue enfin par le terrible accident qu'elle venait de subir, Mme X... se soumit à tout ce que je conseillai, régime lacté exclusif, diurétiques, repos, révulsion, etc. Les fonctions urinaires se rétablirent promptement. Au bout d'un mois, l'épreuve du bleu de méthylène démontrait la parfaite perméabilité des reins, les urines ne contenaient plus trace d'albumine, et Mme X... jouissait d'une santé parfaite, qu'elle a conservée depuis lors.

Je n'hésite pas à affirmer que l'aspiration par la ventouse sur les plaies veineuses a provoqué l'écoulement du sang, et que la malade a été sauvée grâce à ce fait. Dans un cas d'œdème aigu du poumon où j'avais été appelé quelques mois auparavant, la saignée était restée blanche et le malade, un homme de 29 ans, était, malgré tous mes efforts, mort devant moi ; peut-être eût-il été sauvé si j'avais, à ce moment, eu l'idée si simple que j'ai mise en pratique dans le cas que je viens de citer, et qui m'a paru digne d'être rapportée. — Dr E. Schoull (de Tunis).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Discussion sur la chloroformisation. — M. Berger est de l'avis de M. Huchard, quand il dit que le chloroforme peut être donné sans crainte à la majorité des malades atteints d'affections organiques du cœur. Toutefois, il doit l'administrer avec prudence, tout accident chez ces malades étant plus grave que chez les sujets sains.

Une différence essentielle doit être faite entre les sujets qui ont une affection valvulaire bien compensée, sans désordres physiologiques actuels, et les cardiaques asystoliques : Chez ces derniers, de même que chez les cardiaques cachectiques, atteints d'œdème avec insuffisance rénale, l'administration du chloroforme serait dangereuse et doit être évitée. On doit s'abstenir également chez les sujets atteints de symphyse cardiaque ou de dégénérescence graisseuse du cœur.

M. Bucquoy pense comme M. Huchard, que, contrairement à une opinion généralement reçue, l'emploi du chloroforme n'est pas contre-indiqué chez un sujet qui doit être opéré, et qui porte les signes d'une lésion cardiaque évidente.

Le danger d'une syncope mortelle au cours de chloroformisation n'est pas sensiblement augmenté par le fait de la lésion cardiaque, surtout s'il ne s'agit que de lésions orificielles. L'état général du malade et les conséquences éloignées de l'affection cardiaque sont à prendre en sérieuse considération, et exigent des précautions particulières dans l'administration du chloroforme.

Digitized by Google

Parmi les lésions cardiaques, celles qui intéressent l'orifice aortique étant aussi celles qui exposent le plus à la syncope et aux morts subites, sont celles dont il faut le plus se défier au point de vue de la chloroformisation.

M. Chauvel répond à un point spécial de la communication de M. Huchard : Celle du chloroformisateur spécialiste, dont le besoin ne s'impose pas. Pour lui, la chloroformisation pose devant le chirurgien la question de la vie et de la mort du patient. Si nous voulons éviter les accidents, apprenons à bien administrer les anesthésiques à nos élèves destinés plus tard à les donner pour leur propre compte dans les régions les plus éloignées, souvent sans l'assistance d'autres médecins. Mais n'oublions jamais que, responsables de la vie du malade qui s'est confié à nos soins, nous avons le devoir de diriger cette administration en donnant au chloroformisateur, quel qu'il soit, les instructions, les avis, et au besoin, les ordres que nous jugeons nécessaires.

M. Le Dentu. — Sans doute, il est permis d'anesthésier des sujets atteints de lésions valvulaires compensées ; le danger n'est guère plus grand chez ces malades que chez les sujets possédant un cœur intact. Sans aucun doute, les lésions infectieuses aiguës, l'affaiblissement trop grand, la dyspnée, l'asystolie, la symphyse cardiaque contre-indiquent l'anesthésie générale ; mais, en dehors de ces cas, il y a des circonstances où l'on côtoie un véritable péril, qu'on le sache ou non, lorsque le diagnostic de certains états morbides du cœur n'a pas été posé avec toute la précision désirable. La nécessité d'examiner scrupuleusement les principaux viscères du patient avant l'anesthésie, s'impose d'une manière absolue, si l'on veut éviter les surprises. De même pendant l'anesthésie, on devra surveiller avec soin la respiration, l'état de la circulation et de la pupille.

En résumé, les conclusions de M. Huchard peuvent servir de règle aux chirurgiens en face des cardiaques ; mais le pronostic de l'anesthésie semble aggravé par la possibilité de surprises au cours de celle-ci, ou d'accidents tardifs qu'une observation rigoureuse permet quelquefois d'imputer à des altérations du parenchyme cardiaque.

M. Lucas-Championnière a soutenu depuis longtemps que les cardiopathies ne constituaient pas une prédisposition spéciale aux accidents chloroformiques. Il n'en est pas de même des affections pulmonaires, qui, au contraire, facilitent ces accidents.

La syncope respiratoire, qui précède toujours l'arrêt du cœur, est un phénomène de la plus haute gravité, et exigeant beaucoup de sang-froid de la part du chirurgien. Son traitement est tout entier dans la respiration artificielle, en maintenant la langue hors de la bouche pour l'empêcher de fermer la glotte.

Il va de soi que le chloroforme doit être pur et pour cela, fraîchement distillé. Son administration doit être faite par les aides, sous la surveillance du chirurgien responsable.

L'administration du chloroforme dans les hôpitaux par des spécialistes, en outre de ses difficultés pratiques, aurait pour effet de supprimer l'enseignement de la chloroformisation.

M. Richelot. Il est utile de dire, avec l'autorité qui s'attache à la parole de M Huchard, que le chloroforme n'est pas dangereux chez les cardiaques, réserve faite au sujet de la symphyse cardiaque, du cœur gras, de la dyspnée, de la cachexie profonde.

A côté des tares organiques, nous devons avoir un grand souci de la pureté absolument nécessaire du chloroforme.

La plus grande somme de responsabilité incombe à celui qui donne le chloroforme. Celui-ci, dans les hôpitaux, doit être un élève ; c'est à nous d'éduquer nos élèves, de les rendre humains et attentifs.

Il s'agit, en somme, de faire l'anesthésie avec un minimum de péril. L'étude de ces accidents a fait naître un certain nombre de procédés ayant pour but de régulariser l'action physiologique du chloroforme.

La chloroformisation précédée de quelques inhalations de bromure d'éthyle répond le mieux à cette dernière indication. Ce procédé a pour effet d'empêcher, non les syncopes respiratoires qui se produisent au cours de l'anesthésie, non l'intoxication mortelle par des doses immodérées, mais les accidents réflexes du début qui peuvent survenir à la première bouffée et se terminer par la mort. Le bromure engourdit la muqueuse pituitaire et celle du larynx ; il supprime la période d'intolérance et les accidents, parfois redoutables, qui l'accompagnent.

Ce procédé, exempt d'inconvénients, contribue à assurer, dans la mesure du possible, la sécurité de l'anesthésie. *(18 février).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Rétrécissement de la veine cave supérieure. — M. Launois présente un jeune homme atteint d'une dilatation permanente des veines superficielles du tronc, de l'abdomen et du thorax. Un autre signe, plus apparent lorsque le malade exécute un effort pendant la flexion de la partie supérieure du corps, est constitué par un état cyanotique de la tête et par une dilatation passagère des veines des membres thoraciques.

Par contre, on ne trouve aucune modification du calibre des veines superficielles du segment inférieur du corps ; il n'existe ni varices, ni varicocèle, ni hémorrhoïdes.

M. Launois pense que ces dilatations veineuses thoraco-abdominales sont autant de voies collatérales en rapport avec un rétrécissement du calibre de la veine cave supérieure, probablement due à une thrombose, car il n'existe aucune cause de compression de cette veine dans le médiastin.

De la paraplégie spasmodique syphilitique. — M. P.

Digitized by Google

Marie. Cette affection est, après le tabes, la forme la plus fréquente des myélopathies syphilitiques.

La démarche de ces malades est désignée comme spasmodique, et elle l'est en effet, ; mais ce n'est pas la spasmodicité seule qui les empêche de marcher, c'est la paralysie des fléchisseurs du membre inférieur : l'action du psoas est toujours diminuée. Il en résulte que la flexion de la cuisse sur le bassin s'exécute difficilement. De même il existe un degré assez prononcé d'affaiblissement pour la flexion du genou et de la face dorsale du pied, et pour l'adduction des cuisses.

Il existe de même un certain affaiblissement des sphincters, sans aller cependant jusqu'à l'incontinence.

Les troubles de la sensibilité sont rares ; cependant ces malades présentent une émotivité exagérée; ils ont une tendance à rire et à pleurer spasmodique; quelquefois aussi, ils accusent une légère diminution de la mémoire.

Céphalée de la période secondaire de la syphilis améliorée par la ponction lombaire. — MM. P. Marie et Guillain rapportent une observation montrant que certaines céphalées de la période secondaire de la syphilis peuvent quand elles sont intenses, prolongées, non encore améliorées par la médication mercurielle, être sous la dépendance de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et être heureusement influencées par la soustraction d'une petite quantité de ce liquide. (*14 février.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Discussion sur le chloroforme. — M. Delorme n'a perdu qu'un malade sous le chloroforme, par syncope cardiaque. L'autopsie montra qu'il était atteint d'insuffisance mitrale. Il pense pour cette raison que le chloroforme est plus dangereux chez les cardiaques que chez les autres sujets.

M. Schwartz. Le chloroforme pur, bien administré, ne doit doit donner que rarement des accidents : mais, malgré tout, la question de vie ou de mort se pose toujours, comme le disait Sébillot, parce qu'il nous est impossible de prévoir ces cas où le malade est tué brutalement par syncope laryngo-réflexe initiale.

M. Delbet. La circulation doit être surveillée à l'égal de la respiration, car ce sont les accidents cardiaques qui sont de beaucoup les plus redoutables.

Le chloroformisateur doit examiner fréquemment la pupille qui se contracte sous l'influence du chloroforme.

Parfois elle se dilate, alors même que la paupière supérieure est relevée. Si le réflexe cornéen a réapparu, la dilatation pupillaire signifie que le malade se réveille et va vomir. Au contraire, si l'insensibilité cornéenne est restée complète, malgré que la pupille se dilate rapidement, c'est que le cœur s'arrête ou qu'il est déjà arrêté, et le danger est effroyable.

M. Routier. Il faut donner le chloroforme à petites doses, d'une façon continue, ainsi que l'a enseigné M. Labbé et que l'a écrit P. Boncour. La respiration, le cœur, la pupille doivent être surveillés avec la plus grande attention. La dilatation brusque, avec suppression du réflexe cornéen, est l'indice de saturation par le chloroforme et d'un accident imminent.

M. Richelot. Il existe un moyen de faire l'anesthésie avec un minimum de péril ; c'est de faire précéder le chloroforme de quelques inhalations de bromure d'éthyle. Ce médicament engourdit la muqueuse et la rend immédiatement tolérante, supprimant ainsi les accidents réflexes du début, qui sont les plus fréquents et les plus terribles.

Voici les règles qu'il s'agit d'observer. Abordez le malade avec douceur, commencez par une dose moyenne, sans l'effrayer ni l'étouffer ; puis, comme le bromure ne pique pas la muqueuse et est immédiatement toléré, versez plus largement, mais laissez un peu d'air. Parlez-lui, jusqu'au moment où la réponse devient lente, et, à ce momect précis, passez au chloroforme ; s'il ne répond plus, vous avez trop tardé. *Surtout, n'endormez jamais avec le bromure d'éthyle,* — nous parlons des adultes et des opérations longues, — et rappelez-vous que l'anesthésie complète avec le bromure est une mauvaise anesthésie, plus asphyxiante et plus dangereuse que celle du chloroforme. Il ne s'agit pas d'endormir le malade, il s'agit d'engourdir sa muqueuse pour l'empêcher de réagir. Et de fait, quand on s'y prend bien, le passage au chloroforme se fait sans qu'il en ait conscience ; il ne sent rien et s'endort en quelques instants. Il s'endort sans excitation, ou tout au moins cette période est courte et insignifiante ; toutes réserves faites quant aux alcooliques et aux grandes nerveuses, l'influence du bromure est ici remarquable et j'y insiste : la période d'excitation est toujours diminuée, très souvent elle est supprimée, et le sommeil arrive doucement, simplement. C'est alors que le bromure a fini son rôle, et que l'attention soutenue, la légèreté de main qui seules peuvent assurer un long sommeil, régulier et sans alertes, reviennent au premier plan.

Ablation du pylore — M. Schwartz présente une femme de 67 ans, à laquelle il a extirpé le pylore et une bonne portion du petit cul-de-sac de l'estomac, pour une sténose cancéreuse grave. (12 février.)

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*25 février*). — Le débat sur la chloroformisation qui s'est poursuivi à l'Académie ressemble aux mouvements et à la marche d'une armée en campagne. M. Huchard a donné le signal et son appel a été entendu. Médecins et chirurgiens, je devrais dire commandants de corps d'armée, lui ont apporté leur adhésion et à part quelques objections de second ordre, ont accepté de suivre son drapeau. Dans la séance d'aujourd'hui, M. le Pr Guyon a pris la parole. Ayant opéré des vieillards de 80 ans et au-dessus, jamais il n'a eu à déplorer d'accident ; tout au plus redoute-t-il la chloroformisation dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur. Avec M. le Pr Guyon se termine le défilé de l'armée active. Voici maintenant le corps de santé et des ambulances. M. le Pr Brouardel est à sa tête. Comme professeur de médecine légale, il n'a guère à s'occuper des vivants. Aussi ses voitures ne renferment-elles que des morts.

Il est intervenu 25 fois pour des morts consécutives aux anesthésies. Le résultat des autopsies ne lui a jamais montré de lésion cardiaque ayant pu entraîner de décès.

Digitized by Google

Dans 14 cas, du reste, l'opération n'avait pas été commencée que le malade succombait brusquement à une syncope cardio-pulmonaire. Et cet accident n'est pas forcément imputable au chloroforme. Chez les vieux auteurs, nombre d'exemples sont consignés de morts subites sur des opérés qui n'avaient pas subi l'anesthésie.

Laissons passer les voitures et les fourgons de notre grand médecin légiste. Ils sont suivis par d'autres véhicules, ceux qui transportent les drogues et les accessoires de pharmacie. M. le Pr Prunier est chef de ce service.

Il nous montre le chloroforme qui sert dans les hôpitaux. C'est un produit très pur, mais qui s'altère rapidement à la lumière et au contact de l'air. Une précaution de technique obvie à cet inconvénient : l'adjonction de quelques millièmes (5 millièmes) d'alcool absolu.

M. Armand Gautier, à l'ouverture de la séance, a terminé sa communication sur le méthylarsénate disodique (arrhénal). Il rappelle les heureux résultats que ce remède donne dans la tuberculose. Plusieurs médecins du plus haut mérite ont vu, grâce à l'emploi de l'arrhénal, leurs malades améliorés dans maintes circonstances. Le nombre des globules rouges augmente, les phtisiques reprennent du poids. Le remède, tout en appartenant à la famille des cacodylates, ne doit pas être prescrit aux mêmes doses que ces derniers, le tiers de la dose suffit.

Comme clôture, nous avons eu une note de M. le Pr Perroncito (de Turin) sur le développement de l'échinocoque. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du cuir chevelu. — *Les maladies séborrhéiques, Séborrhée, Acnés, Calvitie*, par le Dr R. Sabouraud, chef du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital St-Louis, membre de la Société de Dermatologie. 1 vol. in-8°, avec 91 figures dans le texte dont 40 aquarelles en couleurs (Masson et Cie, éditeurs). 10 fr.

Depuis que le Dr Sabouraud annonça pour la première fois que la Séborrhée et la Calvitie séborrhéique étaient des maladies microbiennes (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1897), le public scientifique attendait une monographie complète du sujet pour juger les progrès accomplis dans l'étude de ces maladies si communes et jusque-là si mal connues. C'est ce travail que M. Sabouraud nous donne aujourd'hui et il en fait le premier volume d'une série ayant pour titre : *Les Maladies du Cuir chevelu.*

Toutefois, pour faire comprendre la calvitie et son mécanisme, l'auteur est forcé de présenter d'abord une étude de la *Séborrhée* en général, puis une étude des *Acnés* qui en compliquent si fréquemment l'évolution. La *Calvitie*, qui forme la partie la plus importante de l'ouvrage, y est analysée dans ses causes générales, dans sa cause microbienne, dans ses symptômes capitaux, dans sa marche, son évolution, ses formes diverses ; l'auteur étudie ensuite les lésions anatomiques dont s'accompagne l'infection microbienne séborrhéique à tous ses stades.

Enfin la *Thérapeutique* actuelle de la séborrhée de tous sièges et de la Calvitie séborrhéique est étudiée minutieusement avec soin et une clarté parfaite des détails dont les praticiens sauront assurément beaucoup de gré à l'auteur.

La Revue Internationale de la Tuberculose (Revue mensuelle publiée en français, allemand, espagnol (1).

Excellente publication ayant à sa tête M. S. Bernheim. Un seul mot de critique. La Revue est publiée en trois langues : français, allemand, espagnol. Pourquoi l'anglais est-il exclu ? Une innovation heureuse serait, en avant de chaque article en langue étrangère, d'indiquer le sommaire en quelques lignes de français. Tout le monde ne connaît pas l'espagnol.

Revue de Pathologie comparée, paraissant tous les mois (1). (Pathologie, thérapeutique et clinique générale, microbiologie, médecine et chirurgie vétérinaire, hygiène et police sanitaire. Rédacteur en chef M. Lepinay, médecin-vétérinaire.

Cette Revue fait une entrée brillante dans le monde. Elle paraît sous les auspices d'un comité de patronage où se trouvent réunis les premiers noms de la science et de la médecine française. A côté de MM. Arloing, Blanchard, Cadiot, Chauveau, MM. Huchard, Lannelongue, Launois, St-Yves Ménard, Albert Robin, Raymond, Tuffier, Jules Voisin, ceux ci, maîtres de la médecine et de la chirurgie contemporaines. La Revue de Pathologie comparée est annexée à une Société qui se fonde en même temps : Société de pathologie comparée. S'il est une critique juste qu'on ait pu opposer au mouvement de la médecine contemporaine, c'est son isolement, le dédain où elle semblait tenir la pathologie des autres espèces animales. La fondation de la Revue actuelle et de la Société de médecine qui l'inspire, mettra fin à cette lacune, qui, plus d'une fois s'est montrée très préjudiciable à la description intelligente et à la compréhension large des espèces morbides. L'étude de la pathologie comparée élève le chercheur, il saisit un plus grand nombre de rapports et parce qu'il les embrasse dans un ensemble plus vaste, l'erreur aussi est moins à craindre.

(1) Prix annuel de l'abonnement 24 fr., 9, rue Rougemont.

(1) Un an, six francs ; étranger, dix francs ; 4 francs pour les étudiants. 36, rue Vaneau.

Hôpital Necker. — Le Dr Noguès commencera le lundi 3 mars, un cours gratuit sur le diagnostic et le traitement des uréthrites. Ces leçons, au nombre de six, auront lieu les lundis et vendredis à 11 heures, au musée de la Clinique des voies urinaires (service de M. le professeur Guyon).

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Finsinger.

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLAIRER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Sclérose pulmonaire
Symphyse cardiaque et sinistro-cardie

Par M. le Dr Chauffard
Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté

Le malade que vous avez devant les yeux nous fournit le type d'un syndrôme clinique assez rare. Il s'agit d'une sclérose du poumon avec adhérences multiples ayant entraîné la déviation du cœur à gauche.

C'est un jeune homme de 21 ans, pâle et délicat. Sa mère est morte bacillaire. Lui-même, à l'âge de 10 ans, aurait eu une inflammation du poumon (fluxion de poitrine ?) laquelle aurait duré trois mois. Fait à remarquer : cette inflammation du poumon était primitive. Elle ne faisait pas suite à une coqueluche. Le détail ne manque pas d'intérêt, car les broncho-pneumonies, suites de coqueluche, sont souvent traînantes et peuvent se terminer par des accidents de sclérose du poumon semblables à ceux que présente notre malade.

Depuis cette maladie de poitrine, sa santé n'a jamais été parfaite. De la dyspnée, de l'essoufflement incommodaient l'enfant et lui rendaient les montées pénibles.

L'an dernier, un nouveau symptôme fit une entrée soudaine. Des crachats striés de sang furent expectorés pendant deux jours ; la toux augmenta, une expectoration muco-purulente suivit, et l'aggravation ne s'arrêta pas aux troubles de la secrétion bronchique. Des douleurs vives apparurent bientôt, tantôt à l'occasion du travail digestif, tantôt à la suite d'un effort ou d'une fatigue physique. Ces douleurs siégeant dans la région précordiale s'irradiaient vers la clavicule et l'épaule gauches, mais ne se prolongeaient pas au-delà. Elles ne redescendaient pas le long du membre supérieur gauche, comme il arrive dans les accès ordinaires d'angine de poitrine. Ces douleurs, traversées de paroxysmes plus aigus, duraient en moyenne de 15 à 20 minutes et se répétaient jusqu'à 3 et 4 fois par jour.

Ce sont ces crises douloureuses qui ont motivé l'entrée du malade à l'hôpital. J'ai fait mettre à nu sa poitrine. Au premier coup d'œil, des signes fort curieux arrêtent notre attention.

Tout d'abord, vous remarquez une atrophie des muscles de la paroi thoracique du côté gauche ; ce côté est moins fourni ; le thorax présente un amaigrissement unilatéral manifeste.

Pratiquons la percussion : le son, sans être tout à fait mat, laisse entendre de la submatité, laquelle dépasse la région sus ou sous-claviculaire pour se poursuivre et s'étendre en arrière dans les deux fosses sus ou sous-épineuses. En même temps, les vibrations vocales sont exagérées. Ces signes nous indiquent une induration du lobe supérieur du poumon gauche. L'auscultation confirme et renforce ces constatations premières, l'inspiration est rude, basse, soufflée, l'expiration prolongée. Ces signes perceptibles en avant et en arrière dans toute l'étendue du sommet, s'atténuent vers la partie moyenne. La souplesse du murmure vésiculaire tend à reparaître de plus en plus à mesure qu'on approche de la base.

A droite et du côté opposé, rien à noter, sinon un léger degré d'emphysème compensateur.

Le malade crache ; il est remarquable qu'avec une expectoration muco-purulente comme la sienne, il ne présente aucun râle. Ajouterons-nous que le bacille de Koch n'a pas été retrouvé dans les crachats ? Ceux-ci pelotonnés, nummulaires semblent plutôt dépendre d'une dilatation bronchique concomitante.

Le cœur nous intéresse bien davantage. A jour frisant, nous voyons la région précordiale soulevée par des battements en forme d'ondulations ; du deuxième espace intercostal gauche jusqu'au mamelon se poursuit une sorte de mouvement de reptation qui s'arrête au mamelon. A ce niveau, nouveau signe très important : à chaque systole, la paroi se rétracte légèrement au lieu de produire le soulèvement habituel.

La matité cardiaque est fortement déplacée vers la gauche. Elle part du premier espace intercostal gauche, décrivant une large courbe à convexité externe, laquelle s'écarte jusqu'à 5 ou 6 centim. du bord gauche du sternum. Cette matité est fixe, au moins en partie ; elle ne se déplace pas dans les mouvements latéraux du thorax. M. Potain a grandement insisté sur la valeur diagnostique de cette particularité. Elle indique une soudure des feuillets de péricarde, c'est-à dire une symphyse cardiaque.

Nous avons dit que cette matité n'était fixe qu'en partie. En effet, si elle ne subit pas de déplacements par suite des mouvements latéraux du thorax, elle présente une légère déviation dans une autre circonstance : lors des inspirations profondes. A ce moment, la matité prévasculaire de la base est attirée à gauche et déborde d'un bon centim. le contour obtenu en expiration. Ce fait bizarre indique le déplacement du médiastin pendant l'inspiration. Il trouve son explication dans la présence d'adhérences pneumo pleuro-péricardiques que l'examen radioscopique, dont nous allons parler tout à l'heure, a permis de rattacher à une sclérose primordiale du poumon.

Digitized by Google

Si maintenant nous palpons la région précordiale, nous percevons deux ordres de constatations : à la pointe, une sorte de mouvement de roulis qui donne l'impression d'un cœur tournant autour d'un axe longitudinal. A la base, un double choc très net ; le premier plus prolongé, c'est le choc systolique ; le second bref, c'est le claquement diastolique. Ce phénomène se passe dans les vaisseaux de la base. C'est l'artère pulmonaire entraînée à gauche dont l'expansion et la rétraction successives produisent le double choc dont nous venons de parler.

Voilà un tableau clinique singulièrement chargé ; il livre place à autre chose encore. A l'auscultation, la pointe laisse entendre un roulement diastolique avec dureté du premier bruit (léger rétrécissement mitral).

Existe-t-il de l'hypertrophie ? A peine. La pointe bat dans le 5e espace intercostal et au-dessous du mamelon. C'est dire qu'elle n'a guère suivi, dans leur déviation à gauche, le mouvement des vaisseaux de la base.

Du cœur passons au pouls. Ici encore nous découvrons une anomalie. Le pouls ample et régulier s'affaiblit pendant les inspirations profondes et se renforce pendant l'expiration. C'est ce qu'on appelle le pouls paradoxal de Kussmaul. Sur le tracé sphygmographique, ce caractère bizarre du pouls est nettement accusé. Comme vous le pouvez vérifier, la ligne d'ascension du pouls pendant les inspirations est bien plus courte et n'atteint pas la hauteur de cette ligne à la période d'expiration.

Du côté des jugulaires, on n'observe pas de gonflement pendant les inspirations. Il pourrait se produire, car il est dû aux mêmes causes que le pouls paradoxal. Ce dernier, entre autres causes, provient souvent d'adhérences, de brides tirant sur l'aorte et diminuant son calibre au moment de l'ampliation inspiratoire du thorax : telle semble être la cause actuelle. Les jugulaires, elles, gonfleraient pour la même raison, la traction exercée par les brides fibreuses sur la veine cave déterminant son effacement pendant l'inspiration ; le signe du gonflement veineux des jugulaires n'existe pas chez notre malade.

Quant aux autres organes, ils sont sains ; le foie est normal, il n'existe pas d'albumine dans les urines.

Nous nous trouvons donc en face d'un ensemble bizarre : une induration du sommet du poumon gauche démontrée par l'auscultation et la percussion, une symphyse du cœur qui nous est revélée par la fixité de la matité cardiaque, les ondulations de la paroi, la rétraction systolique de la pointe, le pouls paradoxal, et, en dernier lieu, un déplacement des gros vaisseaux du cœur à gauche, prouvé par l'aire de matité débordant à une forte distance le bord gauche du sternum. Comment coordonner ces constatations et établir leur ordre de perspective ?

M. Béclère a bien voulu pratiquer l'examen radioscopique de ce malade, Ses constatations fort intéressantes ont relevé « les signes incontestables d'une sclérose pulmonaire à gauche. L'image pulmonaire gauche a moins d'étendue en hauteur, mais surtout en largeur, que l'image pulmonaire droite. Elle est aussi notablement moins claire, le diaphragme gauche siège plus haut et a des excursions beaucoup moins étendues que le diaphragme droit et surtout, signe pathognomonique, dans les grandes inspirations, le médiastin se déplace tout entier du côté gauche. Ainsi le bord droit de l'ombre cardiaque qui déborde à droite l'ombre de la colonne vertébrale pendant l'expiration et pendant les faibles inspirations, disparaît complètement derrière l'ombre vertébrale, quand le malade inspire profondément. La diminution de clarté de l'image pulmonaire gauche est accentuée principalement dans le lobe supérieur, surtout au sommet. L'examen radioscopique permet donc d'affirmer : sclérose du poumon gauche consécutive à une lésion du lobe supérieur, mais ne permet rigoureusement aucune autre affirmation et n'apprend rien sur la nature de la lésion causale de cette sclérose. »

L'examen radioscopique, en permettant d'affirmer l'existence d'une sclérose du poumon, éclaire très heureusement l'histoire de ce malade. Elle est absolument comparable à d'autres faits qui, depuis quelques années, ont pénétré dans la littérature médicale.

MM. les Drs Fernet, en 1896 ; Moutard-Martin, en 1898 ; Petit, Bard, Capitan et Bouchard, en 1899 ; puis, Garnier, Lépine, Barbier, Béclère ont signalé des exemples de sclérose du poumon avec déviation du cœur. Mais dans toutes ces observations, le déplacement s'était effectué à droite. Notre malade est le seul cas publié jusqu'ici d'une déviation du côté gauche.

L'agent principal de cette traction exercée par le poumon sur les gros vaisseaux est le tissu scléreux éminemment rétractile qui a été retrouvé dans plusieurs autopsies ; notamment, par MM. Garnier et Lépine. Le double point d'appui de ce tissu, d'une part sur les bronches, d'autre part sur les plèvres adhérentes, le médiastin et le diaphragme exerce une double traction, l'une sur les bronches, l'autre sur la paroi costale, provoque des dilatations bronchiques rendues plus aisées par l'inflammation bronchitique, d'ordinaire concomitante ; en outre, moyennant les tractions pariétales, médiastiniques, cardiaques, se produisent des rétractions thoraciques, des déplacements du médiastin et du cœur. Ce sont ces adhérences étendues et généralisées, ces brides fibreuses multiples qui ont déterminé les différents signes morbides présentés par ce jeune homme.

Digitized by Google

Aussi bien, il tolère sans trop grande gêne son état. Sauf sa dyspnée d'effort et ses crises douloureuses, il ne souffre pas autrement. Ces crises elles-mêmes ne relèvent pas d'une autre cause que les différents symptômes physiques. Elles tiennent sans doute à de la périaortite qui s'est formée au milieu de tous les tissus fibreux qui étranglent les plexus cardiaques.

Un dernier point reste à élucider. Nous expliquons la sclérose et les troubles qu'elle entraîne ; l'origine première de cette sclérose, nous n'en avons pas encore parlé. Nous serions tenté de la rapporter à une affection tuberculeuse ancienne, terminée par guérison. Les vieilles dilatations bronchiques des scléroses pulmonaires laissent souvent voir, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses guéries où les tubercules s'enkystent sous forme de tubercules crétacés et derrière des bandes de tissu fibreux. Notre malade rentre-t-il dans cette catégorie ? Cette inflammation aiguë du poumon qu'il avait présentée dans le jeune âge, était-elle de nature tuberculeuse et a-t-elle abouti à la phtisie fibreuse? Cette interprétation nous paraît fort légitime. Quant à considérer la symphyse du cœur comme étant de même nature que la lésion initiale, c'est-à-dire tuberculeuse, nous ne le pensons pas. L'état général de notre sujet est bon, ce qui ne s'observe pas dans les symphyses tuberculeuses, lesquelles très vite déterminent des accidents graves.

Le pronostic, en ce qui concerne l'état du poumon, est bon. La lésion du poumon est constituée par un tissu de cicatrice. Elle est guérie. L'avenir du cœur nous inquiète davantage. Toutes ces brides fibreuses entravent le travail du muscle cardiaque.

Il n'y a pas encore de troubles d'hyposystolie, mais ils peuvent se montrer.

Il importe, moyennant une hygiène générale bien entendue, l'absence d'efforts et de fatigues, de ne pas surmener un organe que son état anatomique met à même de fléchir d'un instant à l'autre. Le malade ne se livrera à aucun exercice pénible et, sans être réellement très éprouvé, se comportera comme si sa vie était exposée à un danger toujours proche.

De ces précautions immédiatement prises, un grand bien être est sorti : les crises douloureuses ont rétrocédé, leur atténuation ayant été favorisée par l'action d'un liniment calmant à la fois et révulsif employé en frictions. M. Gouraud, interne du service avait prescrit : teinture d'opium, de digitale, teinture d'iode à parties égales pour frictions, matin et soir. Cette médication fort simple a suffi pour amener un soulagement notable.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Des présentations de l'épaule négligées

Par le Dr O. Macé,
ancien chef de Clinique Obstétricale à la Faculté

Les présentations de l'épaule sont, de toutes les présentations du fœtus, celles qui demandent le plus de soin de la part du médecin. Pendant la grossesse, vers huit mois et demi, à une époque où le fœtus est assez développé, le médecin doit tenter la version par manœuvres externes. Celle-ci réussit le plus souvent : cependant une sensibilité anormale de la paroi abdominale, une tension exagérée de la paroi utérine ou une anomalie de son développement peuvent rendre vaines ces tentatives externes. La règle est alors d'attendre le travail et de faire dans les conditions requises la version par manœuvres internes.

Il existe malheureusement des cas où le moment d'élection pour la version par manœuvres internes est passé, lorsque l'on voit pour la première fois la parturiente. On constate même des signes qui doivent rendre très réservé en face de cette intervention. La poche des eaux est rompue depuis trop longtemps, l'utérus est plus ou moins vide de liquide amniotique, les contractions utérines ont fait progresser l'épaule qui se présente. Celle-ci s'est engagée et descend plus ou moins profondément dans l'excavation et sur le plancher mou du bassin. Toute tentative de version interne devient alors inutile et même dangereuse. En même temps, il peut exister du côté de l'utérus un état spécial de rétraction totale ou partielle. Toutes ces conditions contre-indiquent d'une façon absolue la version : on se trouve en face d'une présentation de l'épaule négligée, irréductible.

Toutes les présentations de l'épaule négligées n'ont cependant pas le même pronostic, et il est nécessaire de distinguer parmi elles différents cas. Le pronostic ne devient sérieux qu'autant qu'il s'agit d'un fœtus dont le volume est voisin de celui d'un fœtus de huit mois et plus, et dont la vitalité est ou a été constatée à l'examen actuel ou à un examen antérieur de date récente. Aussi doit-on, au point de vue pratique, envisager deux cas cliniques très différents, suivant qu'on se trouve en présence d'un fœtus de moins, ou de plus de sept mois et demi à huit mois. Lorsque le fœtus est petit, lorsque plus volumineux il est mort et macéré, on peut espérer que, sous l'influence de contractions utérines énergiques, il soit expulsé grâce à sa petitesse et à son peu de résistance, soit conduplicato corpore, soit par l'ensemble des phénomènes mécaniques connus depuis Douglas et P. Dubois, sous le nom d'évolution spontanée.

Digitized by Google

L'expulsion conduplicato corpore se fait par plicature autour du cou, ou de la région lombaire. Dans ces cas, qui répondent aux accouchements prématurés d'enfants très petits, le corps fœtal replié a la forme d'un V dont la pointe répond soit à la partie supérieure du thorax, soit à la colonne lombaire. Dans l'un et l'autre cas, ce fœtus infléchi trouve facilement sa voie et traverse aisément les parties maternelles. L'expulsion se fait sans ennui pour la mère; le pronostic pour le fœtus ne doit pas nous arrêter, puisqu'à cette époque il n'est pas viable, même s'il est expulsé vivant.

L'évolution spontanée est le mécanisme que l'on voit suivre par un fœtus plus volumineux, mort ou vivant. Elle se fait en général assez lentement. Le travail est long, pénible, douloureux. Cela tient à ce qu'il faut que le fœtus se pelotonne d'abord sur lui-même, que l'épaule qui se présente s'engage, mais cet engagement a des limites bien rapidement atteintes. Cette limite d'engagement est fournie par l'allongement maximum du cou. Lorsque cet allongement s'est effectué, après un temps d'attente variable on voit la tête qui jusque-là était située dans une des fosses iliaques, ramenée par un mouvement de rotation dans la région sus-pubienne. Alors, et alors seulement, l'épaule peut se dégager sous l'arcade pubienne, et l'on assiste successivement au déroulement sous l'arcuatum de l'aisselle, de la partie supérieure du thorax, du flanc, du siège et des membres inférieurs. Dans un dernier temps la tête est expulsée des organes maternels.

Lorsque cette évolution et cette expulsion se font normalement, la conduite à tenir la plus rationnelle et la meilleure est de laisser faire, et d'attendre l'accouchement spontané. Il y a cependant des cas où, lorsqu'ils tardent à se faire et à plus forte raison quand il y a des signes d'infection, le médecin est en droit de l'activer en diminuant le volume des parties à expulser, en faisant une éviscération partielle de ce tronc fœtal qu'il a sous les yeux dans la fente vulvaire. Et pour arriver à ce but, quelques coups de ciseau, un arrachement des viscères, la mise d'un crochet sur ce tronc à moitié vidé favorisent et terminent en un instant l'accouchement.

Tout différent est le second type de la présentation de l'épaule négligée, que nous allons étudier maintenant. Il est constitué par l'existence d'une présentation de l'épaule négligée à 7 mois 3/4, et plus. L'épaule plus volumineuse s'est engagée autant que l'irrégularité de son volume le permet. La main ne peut passer entre la partie fœtale et le bassin. La version est plus encore que dans le premier type impossible, et c'est cette impossibilité qui fait l'état négligé, l'irréductibilité de la présentation. L'accouchement spontané ne doit pas être attendu, il ne se fera pas, et plus l'on tarde à intervenir, plus la femme est exposée aux plus grands dangers, à la mort même.

Quels sont donc les signes auxquels le praticien peut reconnaître ces présentations? Ce sont des signes qu'il trouve du côté de l'utérus maternel et du côté du fœtus.

Du côté de l'utérus ces signes sont connus. Ils ont été très nettement interprétés et mis en évidence par Bandl et par MM. Budin, Démelin, Chéron, en France. Ils sont reconnus par le palper et le toucher. Le premier de ces modes d'examen peut permettre de constater, dans certains cas, une rétraction totale, une application exacte de l'utérus sur le fœtus. Les contractions utérines de plus en plus anormales et violentes, ont fait évacuer tout le liquide ; la paroi musculaire s'est accolée comme un gant sur le produit de conception dont les différentes parties sont très difficiles à reconnaître à travers les parois abdominale et utérine. Plus le travail a duré, plus l'évacuation du liquide amniotique et la rétraction de l'utérus sont prononcées. Le corps de l'utérus qui lutte pour expulser le produit de conception s'est rétracté, s'est tétanisé. Dans ces cas, si l'on pratique le toucher, on trouve l'excavation vide ; le fœtus est en entier contenu dans le corps utérin, et le doigt conduit très haut n'arrive qu'avec peine à sentir au-dessus d'un canal flasque formé par le segment inférieur et la cavité cervicale, un anneau résistant qui termine en bas le corps utérin et qui a été comparé, dans certains cas, à un anneau d'acier. Il est constitué par le bord inférieur de la couche moyenne de la musculature de l'utérus, par l'anneau de Bandl rétracté.

Il s'agit bien là d'un cas de présentation de l'épaule négligée, irréductible, car la version dans ces utérus est impossible, elle ne doit même pas être tentée, quoique l'excavation pelvienne soit vide, libre si l'on ne veut pas aller aux pires désastres.

Cette rétraction de l'utérus, au lieu d'être totale, peut être partielle ou au moins particulièrement accentuée à une portion de la paroi utérine. Elle est alors ordinairement localisée à l'anneau de Brandl seul, et l'on voit survenir des modes cliniques distincts du précédent en ce qu'une partie du fœtus est contenue dans la cavité du corps et l'autre dans le canal cervico-utérin (segment inférieur et cavité cervicale).

A l'inspection, on peut déjà reconnaître cet état de l'utérus. On voit deux masses distinctes dans l'abdomen : une située d'un côté, tendue, très superficielle, l'autre déjetée du côté opposé, plus volumineuse, en général moins résistante, surplombant en partie la première et contenant la totalité du tronc du fœtus, le siège, les membres. La plus petite con-

Digitized by Google

tient la tête et une partie de la ceinture scapulaire, l'épaule qui se présente : c'est à cette masse qu'appartient le membre procident constaté en général dans le vagin ou à la vulve.

Dans ces cas, si l'on pratique avec soin la palpation, on trouve entre l'ombilic et la région pubienne, à l'hypogastre, une dépression, un sillon, une stricture en général oblique par rapport à l'axe utérin, qui a fait comparer l'ensemble utérin à un sablier. Il y a, comme on l'a dit, *hour glass ante partum*. Et cette stricture, plus ou moins élevée, est formée par l'anneau de Bandl rétracté sur la portion correspondante du fœtus. Elle laisse au-dessous d'elle et distendant le canal cervico utérin au maximum une portion du fœtus qui est dans un premier cas la tête et l'épaule qui se présente (l'anneau de Bandl s'est rétracté sur le cou du fœtus et passe en écharpe sur l'épaule opposée) Dans un second cas, c'est la tête et les deux épaules qui sont situées au-dessous de l'anneau de Bandl (l'anneau passe sur le tronc obliquement). Dans un troisième cas, c'est l'épaule qui se présente qui est seule au dessous de l'anneau de Bandl (l'anneau s'est resserré sur la base de l'épaule).

Fort de ces renseignements, le médecin doit pratiquer le toucher avec la plus grande circonspection. Il reconnaîtra l'épaule qui est engagée, bloquée dans l'excavation, il recherchera très prudemment quelles sont les parties du fœtus qu'il peut atteindre : tronc, cou, base du crâne. Doit-il faire un toucher plus profond et chercher à reconnaître la position exacte de cet anneau sur le fœtus ? Non : il y a intérêt majeur à ne pas insister, car les touchers trop profonds, la conduite trop élevée de la main vont provoquer l'accident le plus à craindre, la rupture du segment inférieur de l'utérus. Cette rupture du segment inférieur est la complication la plus grave de ces présentations de l'épaule négligées. Sa possibilité doit toujours être présente à l'esprit du médecin : elle va se produire spontanément sous l'influence de la distension mécanique du segment inférieur par la masse fœtale qu'il contient, sous l'influence des tractions exercées d'une façon presque continue par le corps utérin qui se fâche contre l'obstacle, qui veut se débarrasser du fœtus et qui allonge à chaque instant le segment inférieur en l'étirant de plus en plus. De plus cette rupture est favorisée par les modifications de structure de la paroi utérine si fréquentes chez les multipares (et c'est chez les multipares que l'on voit le plus souvent les présentations de l'épaule), modifications qui rendent la paroi moins élastique, et par l'infection qui existe souvent et qui rend la paroi plus fragile. N'allez donc pas, par l'introduction intempestive de la main, augmenter la distension, l'amincissement de la paroi utérine à ce niveau et provoquer la rupture déjà menaçante.

Les présentations de l'épaule négligées peuvent donc se compliquer de rupture utérine. Abandonnées à elles-mêmes, elles l'amènent nécessairement, fatalement. Elles peuvent aussi, par la longueur du travail, favoriser l'infection de la mère et la putréfaction du fœtus lorsque celui-ci est mort. Enfin, à côté de ces complications qui aggravent terriblement le pronostic, il faut pour les cas moins graves, moins longtemps abandonnés à eux-mêmes, ne pas oublier que la femme, par la longueur du travail, est exposée au surmenage que l'on voit se traduire par ses signes habituels (facies décomposé, pouls petit, haleine fétide, dents fuligineuses, etc.), accidents qui la mettent dans un état de moindre résistance très manifeste.

Quelle conduite faut-il donc tenir en face d'une présentation de l'épaule négligée ? Il n'y en a qu'une : c'est d'extraire le fœtus le plus tôt possible en imprimant à l'utérus et à la masse fœtale le moins de secousses possible. On y arrive en pratiquant l'embryotomie rachidienne, que l'enfant soit mort ou vivant. Cette embryotomie sera pratiquée de préférence avec l'instrument le plus simple, le plus aisé à manier, avec les ciseaux de Dubois, comme le préconise le Pr Budin. Que le cou soit facilement accessible, difficilement accessible ou inaccessible, cet instrument répond à tous les cas, aussi bien et et mieux qu'aucun autre embryotome. Il a de plus, sur les autres, l'avantage d'être peu coûteux, solide, toujours en bon état et facilement stérilisable.

Si le cou est facilement accessible, les ciseaux seront portés directement sur lui. Un aide se contentera de tirer modérément sur le membre procident, pour abaisser le cou de l'enfant, un peu plus qu'il ne l'est.

Si le cou est difficilement accessible, on pourra, comme le préconisait Tarnier, tenter prudemment d'abaisser le bras opposé à la présentation. Si la manœuvre réussit, l'aide tirera sur les deux bras. Le cou s'abaisse et est senti par l'opérateur.

Si cette tentative d'abaissement paraît malaisée, il sera préférable de ne pas insister et de se comporter comme si le cou était inaccessible. On portera alors les ciseaux de Dubois sur le tronc du fœtus que l'on sectionnera complètement en deux portions, ou on fera, après avoir pratiqué une boutonnière, l'éviscération partielle, et avec un crochet conduit dans la plaie fœtale on déterminera lentement la sortie du fœtus.

Ce n'est pas tout : Le traitement des complications devra être fait. En présence d'une présentation de l'épaule négligée qui s'est compliquée de rupture, il faudra extraire le fœtus par les voies naturelles, irriguer le foyer de rupture prudemment et faire le tamponnement du foyer de l'utérus et du vagin. Il

Digitized by Google

est difficile de conseiller une pratique plus hardie dans un milieu qui n'est pas celui que l'on doit avoir pour tenter une opération abdominale.

S'il existe de l'infection, sans rupture, faire avant la délivrance une grande irrigation intra-ovulaire antiseptique (sublimé à 1/4000, ou solution iodée 3 gr. I pour 6 gr. K I). Cette irrigation de 4 litres sera suivie d'une irrigation à l'eau bouillie de 10 à 20 litres. Après la délivrance, que les membranes soient complètes, ou incomplètes ce qui est pour ainsi dire la règle dans les cas d'infection ante partum, on fera, suivant la recommandation de M. Budin, et immédiatement, un écouvillonnage de l'utérus à la glycérine créosotée à 1/5.

Enfin, il sera bon de remonter l'état général de la malade surmenée, et quelquefois déjà infectée, par des boissons chaudes alcoolisées, et par des injections de sérum sous-cutané de 250 à 500 gr., qui pourront être répétées suivant les besoins ou qui alterneront avec des lavements de sérum de 250 à 300 gr.

ÉTUDE CLINIQUE

Le pseudo-coma diabétique

On sait que l'hémorragie cérébrale peut se compliquer de troubles de la sécrétion urinaire. La polyurie, l'albuminurie, la glycosurie y font assez souvent suite. Ces troubles surviennent dès le début ou dans les premières heures qui succèdent à l'attaque hémorragique. Ils disparaissent assez rapidement dans la majorité des cas. Au bout de 12 à 24 heures, tout est rentré dans l'ordre.

Telle est la règle. On y rattache toutefois des exceptions. Le malade peut être albuminurique avant l'ictus apoplectique et être atteint à la fois de néphro-sclérose et d'artério-sclérose cérébrale. Dans d'autres circonstances la quantité de sucre retrouvée monte à des chiffres considérables. On est porté à diagnostiquer un coma diabétique. Et pourtant il ne s'agit que de glycosurie d'origine alimentaire ou cérébrale. L'histoire que nous allons rapporter va illustrer ces données.

Mme P... a 50 ans; depuis quelques mois, elle se plaignait de lassitude et d'essoufflement qu'on attribuait à son embonpoint. Aurait eu une typhlite en novembre 1895, la grippe en mars 1896.

En mai, elle a des peines assez vives par rapport à la position compromise de son mari. Le 5 et 6 juin, se fatigue dans son jardin, boit beaucoup de bière.

Le 7 juin, au soir, elle se plaint subitement de maux de tête et perd connaissance. Un médecin appelé fait appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes.

Nous voyons la malade le lendemain, à 2 heures de l'après-midi. Elle dort profondément, se réveille quand on l'interpelle pour se rendormir immédiatement. Ne parle pas; pas de paralysie apparente des membres ni de la face. Sensibilité conservée; les piqûres arrachent une plainte à la malade. On croit percevoir à l'haleine une odeur vague de chloroforme (acétone).

L'examen des urines révèle des quantités notables d'albumine et 18 gr. de glycose (examen par M. Mercier, pharmacien à Oyonnax).

Le diagnostic porté est coma diabétique.

On ordonne, outre un lavement laxatif, toutes les 2 heures une 1/2 cuillerée à café de bicarbonate de soude et 20 gouttes d'éther dans un peu d'eau. Dans la nuit, 15 gr. de bicarbonate de soude sont avalés.

8 juin. Le matin, la connaissance revient, la malade parle, n'accuse qu'un peu de lourdeur à la tête. On continue le bicarbonate de soude à raison de 10 gr. par jour.

9 juin. La quantité de sucre diminue ; elle est de 5 grammes. L'albumine persiste abondante.

10 juin. Malade va bien. Facultés intellectuelles normales ; légère parésie dans le bras et la jambe droite. Une nouvelle analyse d'urine donne albumine 0,40 par litre, urée 17 gr. 29, glycose néant. On ordonne le régime lacté mitigé, des pilules laxatives, de légères doses d'iodure de sodium (0.30 par jour).

Soit en 4 jours, disparition complète du sucre. Ce n'était donc pas à un coma diabétique que nous avions affaire. La glycose n'avait été qu'un épiphénomène dans l'attaque. L'odeur vague de chloroforme perçue tout d'abord ne venait peut être que d'une certaine quantité d'éther qu'on avait fait absorber à la malade avant notre arrivée. L'attaque était probablement due à une légère hémorragie cérébrale que l'aphasie temporaire et la légère parésie à droite localisaient au niveau de l'artère lenticulo-striée gauche qui irrigue la partie antérieure de la capsule interne. La persistance de l'albumine faisait songer à une néphro-sclérose antérieure. Il n'existait toutefois pas de signes d'hypertension artérielle et le cœur était normal (ni hypertrophie, ni bruit de galop).

La suite a montré la justesse du diagnostic. Le régime lacté mitigé, l'iodure à faibles doses, les pilules aloétiques étaient continuées. Pas de vin, de viandes, de bouillon gras.

Près de 3 mois plus tard (29 août), alors que la malade ne souffrait que d'un léger mal de tête, perte de connaissance subite. La malade tombe comme une masse au moment où elle s'apprêtait à partir en voyage et à prendre le train. A notre arrivée, une heure plus tard, aphasie très nette. Aux questions la malade répond par un bredouillement inintelligible,

Digitized by Google

d'autres fois elle ne répond pas. Incontinence d'urine.

Cette fois on y trouve de l'albumine, non plus de glycose. Pourquoi cette absence de glycose? L'ictus paraissait le même que la première fois. Fallait-il rattacher la glycosurie de la première attaque, moins à l'ictus apoplectique lui-même, qu'à la quantité de bière que la malade avait bue la veille de l'accident du début? Au lieu d'une glycosurie cérébrale, avions-nous eu en face de nous une glycosurie alimentaire?

Quoi qu'il en soit, pendant un mois, après cette seconde attaque, la gêne de la parole persiste; un mot est parfois exprimé en place d'un autre; la langue fourche; le côté droit du corps est plus faible. Des maux de tête continuent d'être ressentis par intervalles. Les urines renferment des traces d'albumine. Le pouls devient serré et dur.

Cela se prolonge près d'un an, puis voici venir le 14 juillet 1897, sans motif appréciable, une attaque brusque avec respiration immédiatement stertoreuse, râles trachéaux, résolution musculaire généralisée, déglutition impossible, mort au bout de 4 heures.

Une hémorragie cérébrale abondante sans doute.

On aurait pu songer au coma urémique. La sévérité du régime, l'existence antérieure d'attaques semblables avec troubles paralytiques durables — en éloignant la possibilité d'une intoxication, montraient d'autre part un aspect différent de celui que présentent d'ordinaire les accidents urémiques où les paralysies sont rares et ne survivent guère à l'accident initial.

Le point intéressant est la grande quantité de sucre isolée à la première analyse (18 gr. de glycose). La glycosurie disparaît en trois jours pour ne plus reparaître. Le diagnostic: coma diabétique était erroné. Il fallait le modifier ainsi : glycosurie passagère à la suite d'un écart de régime (bière absorbée en quantité) chez une malade atteinte d'hémorragie cérébrale, l'hémorragie étant fonction d'artério sclérose cérébrale sur un organisme dont les vaisseaux rénaux commençaient également à être touchés (albuminurie persistante, vers la fin pouls dur et serré).

La conclusion pratique est celle-ci : en présence d'une malade en état d'apoplexie et qui offre du sucre dans ses urines, ne pas conclure tout de suite à des accidents irrémédiables. Interroger les antécédents, rechercher si des signes de diabète s'étaient montrés auparavant. Dans le cas négatif, songer à la possibilité d'une glycosurie temporaire, liée soit à un écart de régime préalable, soit à l'ictus apoplectique lui-même. Et instituer le traitement en conséquence.

L'histoire de notre malade, qui a survécu 13 mois à son accident initial, montre qu'il convient de se montrer circonspect dans le pronostic et qu'on aurait tort, en pareille conjoncture, de le déclarer immédiatement fâcheux. — Ch. Fiessinger.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Rachicocaïnisation pour sciatique névralgique. Accidents consécutifs

Par le Dr Breton (de Dijon)

Le 20 mai dernier, entrait dans notre service d'hôpital un robuste garçon de 19 ans, atteint de sciatique névralgique droite, très douloureuse, causée vraisemblablement par un vif refroidissement. Le début, au moment de l'admission dans les salles, remontait à dix-huit jours, mais comme l'intensité douloureuse s'était accrue au point d'empêcher la marche et le travail, le patient était venu réclamer nos soins. Le traitement classique n'ayant amené aucun soulagement, nous nous décidâmes à pratiquer une injection intra-rachidienne de cinq milligrammes de cocaïne, solution à 2 0/0. Ayant soustrait une faible quantité de liquide céphalo-rachidien, dont l'examen cytologique avait été négatif, nous la remplacions par une quantité exacte de ladite solution.

Aucun malaise ne suivit cette intervention. Le malade voyait de suite diminuer la douleur et ressentait un grand bien-être. Ce soulagement ne persista pas au-delà de quelques heures. Cinq jours après, la sciatique étant toujours aussi pénible, le malade réclama une seconde injection Un centigramme de cocaïne (solution à 2 0/0) fut injecté. Une très notable amélioration s'en suivit. Le malade put se mouvoir dans son lit sans souffrir, la flexion de la jambe sur la cuisse, de celle-ci sur le bassin fut possible, le signe de Lasègue disparut. Malheureusement, une céphalée violente ne permettait pas de quitter le lit. Les jours suivants, le jeune homme pouvait se lever et marcher à l'aide de deux cannes. On crut à une amélioration durable, il n'en fut rien. Tout traitement rationnel ayant échoué, sur de nouvelles instances du patient, un centigramme et demi de cocaïne (solution à 2 0/0) fut injecté le 2 juillet. Le malade put se lever de suite et marcher, aidé de ses deux cannes. Le lendemain parurent des vomissements incoercibles, une céphalée d'une extrême rigueur, l'alitement fut absolu. Trois jours après, le même état persistait encore. A noter, que plusieurs lombrics furent rejetés par les vomissements, ce qui parut les calmer. Le 6 juillet, le malade accuse des maux de reins, une sensation de lassitude générale. Si les signes douloureux de la sciatique étaient un peu atténués, d'autres symptômes paraissaient qui ne laissaient pas que de nous alarmer. Le réflexe patellaire droit était notablement exagéré, le gauche était aboli; de plus, il y avait de la trépidation épileptoïde des deux côtés : jusqu'alors, on n'avait rien constaté de semblable chez ce jeune homme La marche était presque impossible, et encore fallait-il recourir à deux béquilles. La fatigue rapide ne permettait que quelques pas. Cet état s'aggravant, le malade exigea sa sortie le 15 juillet. Nous ne l'avons pas revu depuis.

En publiant ce fait, nous voulons montrer que l'innocuité du procédé est encore à démontrer. Il y a déjà une longue liste d'accidents imputables à la rachicocaïnisation. Nous n'avons pas lu, quant à

Digitized by Google

présent, de cas clinique où l'on puisse relever des symptômes médullaires aussi nets. Ces derniers s'expliquent facilement par la réaction (violente dans notre observation) des méninges, ainsi que l'ont montré les travaux de MM. Ravaut et Aubourg. Nous ne saurions dire si ces phénomènes réactionnels méningo-médullaires ont été de longue durée, puisque le malade a quitté le service, mais le fait clinique de leur apparition soudaine n'en existe pas moins et prouve toute la circonspection avec laquelle il faut manier la solution de cocaïne vis-à-vis de la moelle.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

La loi pour la protection de la santé publique.

Dans le projet de Loi pour la protection de la Santé publique que le Sénat a définitivement adopté, le 4 février, nous trouvons d'excellentes choses qui témoignent d'une bonne volonté indéniable, encore que par endroits empreinte d'une certaine candeur. Nous ne parlons pas de la vaccination obligatoire ; c'est là une excellente mesure. Les enfants devront être vaccinés au cours de la première année. La revaccination sera pratiquée au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année, très bien ; le besoin se faisait sentir d'un règlement sévère et nettement formulé. Si la vaccination était, en général, acceptée sans protestation pour les bébés, dès qu'il s'agissait d'adultes la négligence et le mauvais vouloir se mettaient de la partie. La promulgation de la présente loi réduira ces difficultés.

La déclaration des maladies épidémiques reste obligatoire. Soit. Il y aurait bien des choses à dire à cet article: on a invoqué l'atteinte qu'il portait au secret professionnel. Nous n'y reviendrons pas. Un autre argument qu'on pourrait opposer et que nous n'avons pas vu reproduit, touche le peu d'efficacité dont l'application de la loi est susceptible, au moins à l'endroit de certaines maladies. La déclaration obligatoire part de ce principe que, le premier cas d'une affection contagieuse étant signalé, il y a chance de pouvoir arrêter l'épidémie dès son début. C'est là une assertion qu'il ne faudrait pas trop presser : une illusion dangereuse risquerait d'en sortir. La diphtérie et la scarlatine sont des maladies qui se transmettent par les cas déclarés et connus du médecin, la chose est évidente ; mais les malades que le confrère ne voit pas, ceux surtout qui présentent une forme atténuée de l'infection, comment les atteindre ? Pour ma part, j'ai vu plusieurs épidémies de diphtérie et de scarlatine. La propagation de l'épidémie s'opérait autant par les sujets qui du fait de la légèreté de leur mal échappaient à l'attention du médecin, que par les diphtériques ou scarlatineux gravement frappés. Bien souvent, ce ne sont pas tant les infections accusées qui retiennent leur victime dans son lit, ce ne sont pas celles-là qui sont le plus à craindre ; ce qui est à redouter, ce sont les types ambulatoires de ces affections, ceux qui sortent, se promènent, contaminent les passants dans la rue : or ceux-là, le praticien les ignore et la déclaration n'en peut être faite.

Ceci n'a trait qu'à la dose d'efficacité incluse dans la Loi. Prenons d'autres articles. Ils accusent, ces derniers, un sentiment de naïveté qu'il est étrange de voir nourri par l'âme d'un législateur. Le Maire est chargé de protéger la santé publique et c'est le Préfet qui sera chargé de veiller à l'accomplissement du devoir imposé au magistrat municipal.

Tout cela est fort bien sur le papier. En pratique, les choses se passent autrement. Le Maire est, bien souvent, conseiller général, député, sénateur. Comme homme politique, il tient dans sa main le Préfet. Que fera ce dernier, si le Maire refuse de marcher droit ? Il baissera la tête et ne soufflera mot.

Dans ces questions d'hygiène et de salubrité publiques, bien des éléments sont en jeu : des intérêts électoraux à ménager, une situation financière à ne pas aggraver de charges nouvelles. Qu'une épidémie de fièvre typhoïde sévisse dans une ville, le captage et la canalisation des eaux de consommation devront être améliorés, réparés, parfois complètement remis à neuf et reconstruits sur de nouveaux plans. Tout cela coûte fort cher.

Où trouver l'argent ? Le maire craindra de s'aliéner les sympathies de la population, et alors adieu le suffrage des électeurs, s'il se voit contraint, à la suite de travaux dispendieux, de grever la dette urbaine de nouveaux centimes additionnels. Il lui coûtera bien moins, en fait de popularité, de laisser une épidémie suivre son cours. Les gens mourront, mais ceux qui auront survécu ne seront pas imposés de contributions supplémentaires. Je pourrai citer des faits : ils seront produits à leur heure. L'invraisemblable se retrouve dans la conduite de certains politiciens de province aux prises avec des questions d'hygiène. Nul n'aurait soupçonné une telle mauvaise foi drapée dans un cynisme si outrecuidant. Une règlementation officielle mettra-t-elle fin à des abus de ce genre ? Ce n'est pas encore la présente Loi qui réveillera la conscience endormie des Maires dont c'est le métier, non d'administrer leurs communes, mais de vivre de la politique. Z.

P. S. — Le *Journal des Praticiens* ne saurait sous la rubrique « Consultations », comme le lui demande un lecteur, organiser une sorte d'agence de consultations. Mais il se fait, quand cela est possible, un plaisir de répondre par lettre particulière à tous les abonnés aux prises avec les difficultés de la pratique. N. D. L. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Traitement de l'épilepsie infantile

(L'hypochloruration de l'organisme)

M. le Dr Méry, à l'hôpital des Enfants malades, vient de faire une conférence très intéressante sur le traitement de l'épilepsie infantile.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de l'attaque d'épilepsie elle-même. Quand elle est précédée d'une aura, l'application d'une ligature serrée ou d'un vésicatoire sur le membre qui est le siège de l'aura, peut parfois prévenir la crise. Si celle-ci se produit, on délacera l'enfant, on empêchera, en le plaçant loin d'un endroit dangereux, qu'il se fasse du mal. Dans l'état de mal caractérisé par des attaques subintrantes, une purgation énergique(eau-de-vie allemande) en combattant la congestion cérébrale pourra atténuer la sévérité des crises. Mais toutes ces précautions et ces traitements ne bénéficient que d'une vertu palliative. La seule médication réelle consiste à prévenir le retour des accès.

Le bromure de potassium jouit à cet égard d'une réputation non usurpée. La dose chez un enfant est en moyenne de 2 gr. à 5 gr. par jour. On pourra la diminuer en usant du procédé d'hypochloruration dont nous parlerons tout à l'heure.

M. le Dr Méry recommande l'élixir polybromuré, aux doses de 2 à 5 cuillerées à soupe par jour.

Bromure de potassium.....	40	grammes
— sodium.....	20	—
— ammonium.....	20	—
Benzoate de soude.....	20	—
Eau distillée.....	1000	—

Dans cette association de bromures, c'est le bromure de potassium qui renferme le moins de brome ; le bromure d'ammonium en contient la quantité la plus forte ; le bromure de sodium, par sa teneur en brome, est intermédiaire entre les deux.

En Italie, on a utilisé un autre produit bromuré : la bromipine, qui s'ordonne chez l'adulte aux doses de 15 à 40 gr., sans que ce dernier produit jouisse d'avantages évidents.

Pour en revenir au bromure, M. le Dr Méry fait observer qu'on l'a associé à des médicaments divers, sans que le fait de ces associations assure une efficacité plus manifeste.

On l'a prescrit en potion avec l'opium, la digitale, l'adonis vernalis. M. le Dr Mirallié, de Nantes, se loue fort de ce dernier mélange. On peut prescrire :

Adonis vernalis (infusion)....	2	grammes
Eau.....	180	—
Bromure de potassium.....	12	—

A prendre par cuillerée à soupe, en 3 ou 4 jours.

La médication à laquelle M. le Dr Méry accorde le plus de confiance est l'emploi du bromure combiné avec l'hypochloruration de l'organisme. Je m'explique. On administre le bromure, mais en même temps on supprime le sel de l'alimentation.

M. le Professeur Richet et M. Toulouse ont insisté, dès 1899, sur les avantages de cette médication. Ils sont considérables et s'expliquent aisément. Le chlorure de sodium baigne toutes les particules vivantes de l'organisme; or, le chlore du sel ordinaire, est voisin chimiquement du brome et de l'iode. Ces derniers corps peuvent suppléer le premier ; diminuez les atomes de chlore, des atomes de brome prendront la place. En sorte que, si le sel étant diminué de l'alimentation, on prescrit du bromure de potassium, le brome du remède remplace le chlore absent et entre en contact plus intime avec les éléments anatomiques et les cellules nerveuses.

Sans doute le sel ordinaire n'est jamais supprimé complètement de l'alimentation. Le régime lacté, lorsqu'on le prescrit aux épileptiques, assure encore 1 gr. à 1 gr. 50 de sel par litre ; 2 litres à 3 litres de lait feront donc 3 à 5 gr. de sel. La quantité de sel absorbé étant en moyenne de 15 gr., dans une alimentation ordinaire, on voit donc, moyennant l'institution du régime lacté, que cette quantité est réduite des 2/3. C'est suffisant.

Grâce à cette méthode, M. le Dr Méry a obtenu jusqu'ici deux très beaux succès. Un enfant de 9 ans, sujet à des crises quotidiennes, avec chute et perte de connaissance, et n'ayant nullement été amélioré par l'usage de 2 gr. de bromure, a vu ses crises disparaître le surlendemain de l'hypochloruration (il avait été soumis au régime lacté). En ville, un garçon de 16 ans, qui présentait des crises comitiales légères, avait, peudant trois mois, avalé du bromure sans résultat. On lui supprime le sel de l'alimentation (bouillies sans sel, pommes de terre sans sel) ; en 3 jours, les crises cessent complètement.

Voilà donc une méthode thérapeutique active et à la portée de tout praticien. Ce dernier, en cas d'hypochloruration, devra toutefois veiller à ne pas administrer le bromure à trop hautes doses, l'action du remède étant renforcée du fait de l'hypochloruration et risquant d'aboutir à des accidents de bromisme.

Quelques précautions, au surplus, sont à prendre, touchant la reprise du régime alimentaire ordinaire.

Digitized by Google

Donnez du sel trop vite aux malades en état d'hypochloruration, le bromure fixé est chassé, éliminé. l'effet thérapeutique est perdu, les accès reparaissent.

Avant de revenir au régime ordinaire, on diminuera donc tout d'abord la quantité de bromure prescrite. On descendra, par exemple, de 2 gr. à 0 50, pour remonter, dès le retour du régime alimentaire habituel. En sorte que le sel de l'alimentation se trouvant en face de quantités accrues de brome, n'ait pas chance d'en être vainqueur et de le déloger des tissus.

Pareille méthode a été également essayée avec l'iodure, l'action du remède se montrant ce semble plus efficace en cas d'hypochloruration concomitante. — K. S.

NEUROLOGIE

Le vitiligo dans le tabes. — Le vitiligo est un de ces troubles trophiques comme on en observe communément dans le tabes. Ces troubles trophiques ne produisent pas seulement les fractures spontanées et les artropathies si bien étudiées par Charcot. Ils s'attaquent fréquemment à la peau, produisent ici des maux perforants, là des altérations de divers ordres : du lichen, de l'ichtyose, une chute des ongles, des ecchymoses spontanées, du zona, du vitiligo. Les relations du tabes avec le vitiligo sont assez mal connues ; Leloir les a signalées. M. Ballet, dans une leçon clinique, insiste sur la valeur diagnostique du vitiligo ; il permet de dépister un tabes au début.

On sait en quoi consiste le vitiligo ; c'est une modification de la pigmentation cutanée, caractérisée par un double signe : à la fois la disparition en certains endroits du pigment et son accumulation anormale en d'autres points.

Voici un homme âgé de 62 ans ; dans sa jeunesse et son âge mûr, il a eu toute sorte d'accidents indépendants de sa maladie actuelle et se traduisant par une fragilité excessive des os ; une fracture de l'avant-bras droit à 35 ans, une autre plus tard de l'avant-bras gauche, à 47 ans ; à 20 ans, une coxalgie droite, à 32 ans une coxalgie gauche à 54 ans une luxation de l'extrémité externe de la clavicule droite ; à 55 ans une luxation de la hanche gauche. Voilà un passé osseux et articulaire fort riche ; quelques signes de rachitisme s'imposent (forte incurvation de la cuisse gauche). Le malade n'accuse pas de syphilis ; est-il atteint d'hérédo-syphilis ? Les traces de rachitisme qu'il présente, sans forcer la conviction, laissent au moins planer un doute ; car si le rachitisme n'est pas toujours, comme le pensait Parrot d'origine syphilitique, au moins se rencontre-t-il fréquemment avec pareille maladie à sa source.

Le tabes a commencé à 56 ans, avec de la diplopie et des douleurs fulgurantes ; il existe une abolition des réflexes, une grande peine à garder l'équilibre, les yeux fermés. Les pupilles sont contractées ; elles ne réagissent pas à la lumière, mais se rétrécissent quand le malade regarde la racine de son nez (signe d'Argyll-Robertson). Il laisse parfois échapper quelques gouttes d'urine.

Fait important, les premiers signes de tabes n'ont apparu qu'il y a 6 ans, mais les premières taches de vitiligo ont précédé et remontent à 10 ans.

La racine de la verge présente une plaque décolorée, blanche, du volume d'une pièce de 5 francs, entourée d'une zone plus sombre et fortement pigmentée. De même autour du cou se dessine une bande d'hyperchromie large de quelques travers de doigt et qui fait comme l'office d'un collier pigmenté. La poitrine au contraire est blanche, et anormalement dépigmentée.

Ces accidents du vitiligo dans le tabes s'expliquent aisément. La peau est l'expansion périphérique du système sensitif. Or, on connaît la lésion de ce système (racines postérieures et cordons postérieurs) dans le tabes. Mal nourris par leurs centres trophiques, les nerfs deviennent le siège de névrites périphériques (Leloir, Chabrié, Déjerine).

On comprend donc que le vitiligo puisse être un accident de début du tabes, la maladie se cantonnant à l'extrémité de l'arc sensitif plutôt qu'à son centre.

Cette altération de la pigmentation peut se montrer sur des malades qui ne présentent que des signes obscurs de tabes. Il faut songer à l'atteinte de la moelle pour la voir.

Tel est le cas d'un autre malade, âgé de 60 ans, qui a déjà fait le tour de divers services pour se faire traiter. Il n'accuse que ses taches de vitiligo et ne se plaint pas d'autre chose. Le dos des mains est hyperchromié, les doigts au contraire et la paume de la main sont tout à fait blancs. Au menton, une plaque décolorée du volume d'une pièce de deux francs est entourée par une zône d'hyperchromie. Le dos est hyperchromié.

Or ce malade est tabétique. Les réflexes rotuliens sont abolis, sa pupille droite est dilatée et immobile à la lumière ; il met beaucoup de temps pour uriner ; de temps à autre, des douleurs lancinantes apparaissent dans les membres inférieurs. Elles sont si courtes que le malade n'y avait jusqu'aujourd'hui pas prêté grande attention.

Mais ces signes sont suffisants. Ils dénoncent un tabétique et son vitiligo a seul permis de mettre la main sur une affection médullaire qui, sans le trouble pigmentaire, restait méconnue.

Digitized by Google

La maladie de Thomsen.—C'est là une maladie rare, décrite depuis une vingtaine d'années. Thomsen qui en a fait la description première en était atteint, ainsi que plusieurs membres de sa famille. Deléage a écrit en 1890 un bon travail sur la question. Marie et Ballet en ont publié la première observation en France; ils en faisaient une affection du système musculaire, et en effet une autopsie pratiquée par Déjerine et Sottas n'a révélé aucune lésion du système nerveux. Toutefois la lésion musculaire décrite par Erb (multiplication des noyaux du sarcolemme) n'est pas constante, et Jacob ne l'a pas retrouvée. Elle existerait dans tous les cas que la preuve ne serait pas faite. Au lieu d'être une cause, elle pourrait être une conséquence et c'est le fonctionnement exagéré des muscles qui la produirait. On la rencontre, en effet, sur les muscles qui sont soumis au plus fort travail (Déjerine et Sottas), et Eulenburg a remarqué que la courbe de contraction des muscles chez les sujets atteints d'une maladie de Thomsen était celle des muscles fatigués. Dire que la maladie, comme d'autres l'ont admis, résulte d'un trouble de nutrition, ce n'est pas une explication. Il faudrait connaître ce trouble. Certains prétendent que l'urine contient moins d'urée et plus de matières extractives. Rien de cela n'est prouvé.

Tout ce qu'on sait, c'est que la maladie dépend d'une hérédité nerveuse, soit similaire, soit névropathique. On peut admettre avec M. Ballet à une leçon duquel nous empruntons les détails qui précèdent, qu'elle résulte d'une déviation de la nutrition musculaire, soit que le muscle sécrète une substance particulière, soit qu'il se débarrasse mal de certains produits. Le trouble chimique ainsi réalisé agirait en augmentant l'élasticité du muscle.

M. Ballet a présenté un malade atteint de maladie de Thomsen. Le trouble musculaire dans cette affection consiste dans un spasme qui prolonge le mouvement exécuté ; mais le mouvement étant repris un certain nombre de fois, le spasme cède peu à peu. C'est un spasme surtout du début de la contraction.

Le malade est un homme jeune, d'une trentaine d'années. On lui dit de fermer les yeux ; il obéit, et vite.—On lui dit de les rouvrir. Le mouvement s'exécute avec peine. — Il serre la main; cela se fait sans difficulté. Pour desserrer, il lui faut du temps.—Qu'il ferme et rouvre les yeux plusieurs fois de suite, qu'il serre et desserre la main, la souplesse au contraire revient, et le mouvement perd ce qu'il avait de pénible et de lent.

Les différents muscles du corps peuvent être intéressés. Chez notre homme, le frontal est peu pris; les muscles moteurs de l'œil sont frappés davantage; le malade lit; à la fin de la ligne, il a quelque peine à ramener les yeux de droite à gauche pour commencer la ligne suivante. Les pupilles sont normales. La face est atteinte; le pli de l'expression (sourire, dédain) ne se dissipe que peu à peu.

La langue participe à la gêne générale; elle est raide, se tire avec peine ; ce manque de souplesse de la langue se traduit par une certaine difficulté, un bredouillement dans l'articulation des mots.

La déglutition qui est souvent entravée, est indemne ici. L'alimentation se fait avec lenteur ; les mouvements d'ouverture et de resserrement des mâchoires qu'elle nécessite, ne s'opèrent qu'après des temps d'arrêt très appréciables.

Les crampes, qui chez certains malades, endolorissent les muscles du cou et des reins, manquent ici.

Ce malade est très gêné dans les gestes de ses bras. Il est garçon de café; l'autre jour il pose une bouteille dans un bain-marie; retirant sa main trop brusquement, il n'a pas le temps de l'ouvrir, et dans son mouvement de recul ramène la bouteille et avec elle le vase qui contenait le bain-marie. Résultat : aspersion du plancher et semonce au garçon pour sa maladresse.

L'écriture chez lui, contrairement à ce qui se passe dans d'autres cas, est peu gênée. Du temps qu'il était soldat, connaissant son infirmité, il faisait l'exercice comme les autres, mais commençait le mouvement avant eux pour les suivre et ne pas être en retard.

Les muscles lisses sont indemnes, les réflexes normaux. De même la sensibilité.

Le froid, la fatigue, exagèrent le trouble. Le malade travaille quinze jours de suite, puis il a besoin de repos et ne peut continuer.

L'alcool agit favorablement; ayant bu du vin blanc, notre homme se sent plus allègre.

L'état psychique spécial accusé par certains malades : obsession, angoisse, hypochondrie, n'est pas présenté par lui. Son aspect, du reste, est très satisfaisant. Il a bonne mine : ses biceps, ses mollets, atteints d'hypertrophie, sans que du reste cette hypertrophie soit en rapport avec le développement de la force musculaire, sont superbes. L'atrophie musculaire notée par quelques auteurs sur la face, le sterno-mastoïdien, les fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras, ne se retrouve pas ici.

L'excitation mécanique du muscle présente des caractères particuliers signalés par Erb.

La percussion, le pincement, provoquent une contraction sous forme de godet : on frappe le deltoïde, il se produit une dépression persistante.

La contractilité électrique présente en outre des modifications intéressantes, mais qui, étant d'ordre plus spécial, intéressent moins les praticiens.

Le traitement ne peut être que palliatif. Il consiste en repos, massages, gymnastique musculaire,

Digitized by Google

L'iodure de potassium, l'eau de Vichy peuvent être ordonnés. L'électricité n'a donné aucun résultat. M. Ballet pense qu'on pourrait user de courants de haute fréquence qui n'ont pas encore été essayés.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La pomme de terre dans le régime des diabétiques. — Une série de communications de M. le Pr Mossé (de Toulouse) ont ramené l'attention sur cette médication connue depuis longtemps. M. Huchard l'emploie couramment dans son service, et comme il sait rendre à César ce qui appartient à César, il cite volontiers le mémoire de M. le Dr Coignard à ce sujet. Ce travail a paru dans l'*Union Médicale* du 20 novembre 1886.

L'auteur dit qu'il ne conseille jamais l'usage du pain de gluten. Il engage les diabétiques à remplacer cet aliment par des pommes de terre bouillies ou en purée. Un fait clinique démonstratif avait engagé M. le Dr Coignard dans cette voie. Appelé auprès d'un malade de 55 ans, diabétique et atteint à la fois d'une gangrène de l'orteil droit et d'une dysenterie compliquée d'ictère, le malade semblait près de la fin. Les urines renfermaient 47 gr. de sucre par litre et la quantité émise était de 4 litres par jour. Le nombre de selles atteignait 10 à 12 dans les 24 heures. Les gencives étaient tuméfiées et saignantes. Le traitement consistait en pain de gluten, viandes rôties, pas de fruits, pas de féculents, quatre verres d'eau de la Grande Grille par jour.

M. Coignard fit remplacer le pain de gluten par des pommes de terre bouillies et conseilla l'usage des fruits de la saison (fraises et pêches). L'eau de Vichy fut continuée.

Après 12 jours, l'ictère avait disparu ainsi que la diarrhée dysentériforme et le saignement des gencives. La plaie de l'orteil pansée à l'iodoforme, bourgeonnait.

Etonné de ce résultat qui prouvait une action thérapeutique manifeste de la pomme de terre, M. Coignard pria M. Bretet (de Vichy), de vouloir bien procéder à des analyses nouvelles.

Ce dernier établit que les aliments qui, à poids égal, fournissent le plus de sucre, sont précisément du nombre de ceux que les malades substituent volontiers au pain ordinaire (croûte de pain recuit et pain grillé 88 0/0 et 96 0/0 de matière sucrée, tandis que la mie de pain en renferme 60 0/0, le pain de gluten 48 0/0 et les pommes de terre cuites, à l'eau 28 0/0). La pomme de terre fournissait donc moins de sucre que le pain de gluten. Par contre, la pomme de terre frite renfermait 52 0/0 de matière sucrée.

L'auteur concluait au rejet du pain de gluten dans l'alimentation des diabétiques. 16 ans avant M. le Pr Mossé, il indiquait la vertu curative de la pomme de terre dans le diabète.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Nouvelle méthode de traitement du cancer. — Les méthodes curatives du cancer se succèdent. Où est la panacée définitive qui une fois livrée à l'expérimentation et à la pratique résistera et fera taire les insuccès ? En attendant, enregistrons les moyens palliatifs que l'ingéniosité des opérateurs sait mettre à notre disposition.

Le Dr Howitz vient de publier, dans l'*Hospitalstidende* du 16 octobre 1901, une nouvelle méthode de traitement du cancer. Cette méthode consiste principalement dans la congélation des végétations cancéreuses par un jet de chlorure d'éthyle. La congélation est précédée d'un curettage et d'une cautérisation par le fer rouge, s'il y a lieu. Jusqu'ici M. Howitz s'est servi de cette méthode presque exclusivement contre le cancer du vagin et de l'utérus, et seulement dans des cas inopérables, afin de ne pas retarder l'opération. Dans deux cas seulement il s'en est servi contre le cancer du sein. Mais il dit que les résultats permettent d'espérer que la méthode pourra servir contre le cancer d'autres parties du corps, accessibles à ce traitement.

Quand on dirige le jet réfrigérant sur une partie du vagin ou de l'utérus envahie par le cancer, ces parties ne blanchissent pas, ou bien moins vite que les parties saines, ce qui permet de se faire une idée assez précise de l'extension en surface du cancer. M. Howitz pense même que ce signe peut servir à faire un diagnostic, de probabilité au moins, entre le cancer et d'autres végétations granuleuses qui lui ressemblent.

Quand on a curetté le cancer, mais qu'on en a laissé des îlots, la différence de coloration entre ces îlots et la muqueuse saine est assez sensible, après la congélation, pour qu'on puisse compléter le curettage sans trop toucher à la muqueuse saine.

En faisant un examen microscopique d'un morceau enlevé, avec la curette, d'un endroit qui avait été envahi par le cancer, mais où, après curettage et congélation, il semblait s'être formé de l'épithélium normal et où la congélation produisait maintenant une coloration franchement blanche, M. Howitz a en effet trouvé des tissus normaux, non cancéreux.

Pendant le traitement, surtout au début, il y eut une suppuration abondante, mais très différente de

Digitized by Google

l'écoulement fétide qui existait avant le traitement. Le pus devenait épais, crémeux. A la fin, il y eut une formation d'épithélium normal, s'étendant de la périphérie au centre.

L'utérus, après avoir été plus ou moins immobilisé à la suite de l'extension de l'affection aux ligaments larges, se mobilisait de plus en plus. M. Howitz pense que ceci dépendait plutôt de la disposition de l'inflammation péri-cancéreuse que de la régression du cancer lui-même. Ce signe pourrait servir à mieux fixer les indications opératoires. Si l'utérus se mobilisait, l'opération serait indiquée, parce que ceci prouverait que le cancer n'avait pas réellement atteint les ligaments larges et vice versâ.

Les malades augmentaient généralement de poids, dans un cas, de 25 livres pendant 4 mois. Cette augmentation de poids est sans doute due à l'enlèvement des masses cancéreuses qui déversent dans l'organisme des produits toxiques.

La technique de cette méthode est extrêmement simple et à la portée de tout médecin.

Après un curettage aussi complet que possible, on cautérise avec le fer rouge dans les cas où l'on n'est pas sûr d'avoir pénétré assez profondément ou quand l'hémorragie est assez abondante. Si l'on ne veut pas cautériser, on se contente, après le curettage, de panser avec de la gaze et on attend quelques jours avant de procéder à la congélation. Alors on enlève la gaze, on lave avec de l'eau chaude et l'on essuie de façon à bien sécher la surface ulcérée. Ensuite on applique le jet de chlorure d'éthyle pendant 5 minutes au plus, de façon à blanchir les tissus plusieurs fois. Ensuite on sèche et la séance est finie.

Au début du traitement on renouvelle ces séances tous les deux ou trois jours, ensuite on les espace de plus en plus. Quand on voit un point suspect, il faut tout de suite le curetter. Après 8 à 10 jours de traitement, il faut faire lever la malade pour qu'elle respire de l'air frais aussitôt que possible. A ce traitement il faut naturellement associer un traitement général fortifiant, une nourriture abondante, des injections hypodermiques d'eau salée, etc.

Les observations que publie M. Howitz ne sont pas très nombreuses (une dizaine) et n'ont peut-être pas été suivies pendant assez longtemps pour qu'on puisse juger de la valeur de sa méthode en tant que traitement curatif, ce que son auteur lui-même est le premier à reconnaître. Mais les résultats sont pourtant assez encourageants pour qu'il soit permis d'espérer des services très réels de cette méthode, ne fût-ce que pour transformer l'ulcère cancéreux en une ulcération à suppuration franche, pour rendre les forces aux malades et prolonger leur existence.

Comment agit la congélation sur les tissus cancéreux? C'est ce que M. Howitz ne nous dit pas. Il laisse à d'autres le soin de faire des hypothèses et se contente de constater les résultats. — G. K.

THÉRAPEUTIQUE GYNECOLOGIQUE

De la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endométrites chroniques. — Cette méthode, surtout employée autrefois, était avec beaucoup d'autres tombée dans l'oubli, et remplacée par des procédés peut-être plus radicaux. Le Dr Page la remet en honneur dans sa thèse (Paris 1901) et dit en avoir obtenu de bons résultats. La technique est la suivante: Repos au lit et bain chaud quotidien préalable; après avoir nettoyé le vagin et fait le cathétérisme de l'utérus, on introduit dans sa cavité un porte-coton imbibé d'acide nitrique fumant, mais en même temps on fait une irrigation intra-utérine continue. Le vagin est séché et l'on y place un tampon imbibé d'une solution de glycérine à 3 0/0. Cette cautérisation doit être répétée tous les huit jours, et les cas traités par l'auteur auraient guéri après cinq séances au plus.

Cette cautérisation n'est pas douloureuse, elle ne présente aucun danger, n'expose pas à l'atrésie du canal cervico-utérin.

Mais l'auteur y ajoute les soins médicaux ordinaires: laxatifs, repos prolongé au lit, injections vaginales très chaudes.

Cette méthode s'appliquerait également aux différentes formes de la métrite chronique; dans la métrite hémorragique elle réussirait aussi bien que le curettage, « sans faire courir à la femme les risques d'une opération » dit l'auteur; ce qui va un peu à l'encontre des idées admises jusqu'à ce jour, savoir: que le curettage est le traitement de choix de la métrite hémorragique dans laquelle il donne ses meilleurs résultats, qu'un curettage fait aseptiquement ne présente aucun danger.

Dans la métrite catarrhale, dans la métrite fongueuse, dans la métrite blennorrhagique, la cautérisation à l'acide nitrique amènerait rapidement la guérison.

Peut-être serait-il nécessaire en fait de thérapeutique des métrites, d'en faire d'abord une classification rationnelle, comme l'a fait Richelot dans son livre, ce qui lui a permis de montrer les cas dans lesquels sont indiquées les cautérisations intra-utérines, et ceux qui sont justiciables du curettage, qui, quoi qu'en disent certains auteurs, donne lorsqu'il est indiqué, d'excellents résultats.— J. H. M.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une forme nouvelle d'arsenic organique, l'arrhénal, ses applications. — M. A. Gautier. Le méthylarsénate disodique ou arrhénal méthylique, est un sel cristallisé, incolore, très soluble dans l'eau, de goût alcalin. Très voisin, par sa composition, des cacodylates, il renferme comme eux une notable proportion d'arsenic organique, jouit des mêmes propriétés et est d'une administration beaucoup plus facile.

Le grand avantage du méthylarsénate disodique, et en général des sels dérivés de l'acide méthylarsénique et des analogues, c'est de pouvoir être indifféremment absorbés par la voie sous-cutanée ou ingérés par la bouche sans produire les dyspepsies, gastrites, renvois alliacés, congestions rénales, albuminuries, que provoquent les modifications toxiques subies dans le tube digestif par les cacodylates. Ces fâcheuses conséquences du traitement cacodylique mal appliqué se produisent toujours dès qu'on prolonge suffisamment la médication. L'ingestion des arrhénates peut, sans inconvénient, se continuer durant des mois, avec les arrêts nécessaires, sans provoquer aucun effet stomacal et rénal fâcheux, et alors même qu'il y aurait une légère albuminurie. Si l'on ne dépasse pas les doses que je vais indiquer, la tolérance du médicament est généralement parfaite : ni renvois, ni gastralgie, ni diarrhée, ni albuminurie. L'appétit revient très rapidement, la pression sanguine remonte, le malade sent renaître ses forces tandis qu'il augmente de poids.

D'ailleurs, si, comme dans les cas de fièvres paludéennes graves et les vomissements de la grossesse, il y a quelquefois avantage à donner le médicament par la voie hypodermique, les injections sous-cutanées ne sont pas douloureuses et ne provoquent pas de réaction locale.

Ce ne sont pas là les seuls avantages des arrhénates.

Aux doses médicamenteuses, ils sont souvent tolérés quand les cacodylates ne le sont pas et ils sont toujours plus actifs qu'eux.

Doses. — A quelles doses convient-il de donner l'arrhénal ? Chez l'adulte, on peut, sans provoquer d'accidents toxiques, ou d'entérite sérieuse, donner l'arrhénal, jusqu'à la dose de 15 centigr., et chez quelques personnes aller jusqu'à 20 centigr. par jour. Mais ce sont là des limites qu'on doit rarement atteindre, car à ces doses élevées, quelquefois même à 10 centigr., on fatigue le malade et perd le bénéfice du traitement. Il est rare qu'on ait intérêt à dépasser la dose de 5 centigr. à laquelle, chez les tuberculeux en particulier, le médicament possède son maximum d'action. Si l'on dépasse cette dose, il peut se produire quelques coliques, un peu de congestion de la face et du poumon, une légère sensation de refroidissement, un peu de fièvre même. Chez les tuberculeux fébriles, la température peut, sous l'action des doses trop fortes, monter de un demi degré au moins, et le poids des sujets diminue lentement. Mais si l'on supprime alors entièrement le médicament, on voit les températures, que les trop fortes doses avaient relevées, tomber au-dessous de ce qu'elles étaient avant le commencement de cette médication. C'est cette observation qui m'a convaincu de l'opportunité des faibles doses. Celle de 5 centigr., quelquefois même de 2 centigr. par jour, paraît la plus efficace.

Les malades qui ont quelque temps reçu une dose d'arrhénal trop élevée (10 à 12 centigr.) et qui, à la suite de gastro-entérite ou d'une autre cause, abandonnent momentanément cette médication, conservent comme une sorte d'excitation qui retentit longtemps sur leur appétit et leurs forces, et se traduit le plus souvent par une augmentation de leur poids. J'ai fait la même remarque pour les cacodylates.

Comme pour ces derniers, il faut surveiller l'emploi du méthylarsénate de soude chez tous les malades dont le foie est insuffisant (cirrhoses, congestions hépatiques), chez les cardiaques, les malades sujets aux hémorragies intestinales et pulmonaires ; mais même dans ce dernier cas, il peut encore être utilisé à faibles doses.

Il peut être indifféremment donné par la bouche et en injections sous-cutanées. C'est un médicament sans odeur, presque sans goût, ne fatiguant pas l'estomac, accepté par les estomacs dyspeptiques, hyper et hypochlorhydrique. Il doit être pris en mangeant ; il n'a sur la digestion aucune action inhibitrice.

On peut le donner cinq à sept jours de suite, en faisant toujours suivre d'un intervalle de repos égal au temps de la médication et recommençant. Il ne faut pas le donner trop longtemps de suite, même en diminuant les doses journalières, ou de deux en deux jours. Sous cette forme, l'économie se surcharge toujours d'un excès d'arsenic qu'elle n'a pas le temps de s'assimiler, d'utiliser ou d'éliminer.

Administré avec ces précautions, l'arrhénal peut être pris durant des mois, même par la bouche, sans provoquer ni dyspepsie, ni gastrite, ni odeur alliacée, ni congestions rénales ou hépathiques, ni stéatose du foie, ni éruptions cutanées, ni paralysies, etc.

Comme les cacodylates, l'arrhénal augmente rapidement l'appétit, stimule les forces du malade et fait monter la tension artérielle. Ces signes extérieurs sont les témoignages d'une assimilation plus parfaite, d'une rénovation plus active, d'un rajeunissement des tissus. (*25 février*). (*A suivre*).

Discussion sur le chloroforme *(suite)*. — M. Guyon. Les affirmations si autorisées de MM. Huchard et Bucquoy, relativement à la possibilité d'anesthésier sans danger par le chloroforme le plus grand nombre des cardiaques, la détermination des contre-indications qui parfois se présentent, donneront plus de confiance aux chirurgiens qui utilisent ce précieux anesthésique.

Les observations de M. Guyon lui permettent de penser que le

Digitized by Google

›roforme est facilement supporté par les cardiaques, sauf tou-
is dans les cas de dégénérescence graisseuse, où il peut en-
ner la mort subite.

ne autre catégorie de malades, où le chloroforme doit être ad-
istré avec une très grande prudence, en raison de possibilité
syncope, est constituée par les grands anémiques à la suite
morrhagies abondantes ; ces sujets doivent être opérés, la tête
as, ou très déclive.

un point de vue plus général, le chloroforme est un anesthé-
e puissant ; son action est rapide et complexe, il donne ses
ns effets avec de petites doses. Point n'est besoin d'imprégner
issus pour les obtenir. Aussi peut-il être administré discrète-
t et agir au degré nécessaire, si l'on soutient ses effets en fai-
: des inhalations modérées et continues.

toutes les périodes de la chloroformisation, il y a un grand
ntage à éviter les grosses doses. Il est, par conséquent, utile
égler la pénétration du chloroforme et de l'équilibrer avec
exhalation, de façon à maintenir, sans le dépasser, le degré
essaire à la suspension partielle de la fonction physiologique
cellules nerveuses.

'autre part, l'administration du chloroforme est un des élé-
ts les plus essentiels de l'éducation médicale ; c'est pour cette
on qu'elle doit être confiée aux élèves, dans les services hospi-
ers, et non à des spécialistes attitrés.

I. Brouardel a eu à suivre 25 enquêtes médico-légales pour
ts survenues au cours de la chloroformisation. Dans un cas,
nort est survenue après le réveil de la malade, atteinte de frac-
du col du fémur, par embolie de l'artère pulmonaire, dont
igine était une thrombose de la veine fémorale. Une autre fois,
z un enfant de 13 ans, atteint d'arthrite fougueuse du genou,
nort est survenue par syncope dès les premières inhalations ;
'autopsie. on trouva une hypertrophie considérable du thy-
s.

Dans les 23 autres cas de mort, on trouva 4 fois le cœur grais-
x ; dans aucun des autres cas, il n'existait de lésions du cœur
vant être invoquée comme cause de mort. Plus fréquentes
ent les lésions des poumons ou des reins, trouvées à l'au-
sie.

Comment donc expliquer ces morts rapides survenant dès le
ut de la chloroformisation, quelquefois même avant, ou après
réveil ?

Certaines personnes ont vis-à-vis de la douleur une susceptibi-
spéciale, pouvant amener la mort par arrêt subit de la circu-
on et de la respiration, même pour une blessure légère presque
ignifiante.

Les régions innervées par les branches terminales du trijumeau,
les nerfs laryngés supérieurs et inférieurs, sont plus spéciale-
nt exposées à provoquer ces arrêts sous l'influence d'excitations,
mpressions parfois peu intenses.

Des anesthésiques qui agissent par pénétration de leurs vapeurs
ravers le nez, le pharynx, le larynx excitent directement ces
tions, et, peuvent mettre en évidence une susceptibilité jusque-
inconnue.

Le mode d'administration des anesthésiques n'est donc pas le
l facteur à invoquer lorsqu'il survient un accident ; la person
lité du patient, sa susceptibilité spéciale sont souvent les causes
incipales de la mort.

M. Prunier. Le chloroforme des hôpitaux, préparé avec toutes
précautions possibles, est conservé et surveillé par les services
la pharmacie de manière à être remis pur et intact entre les mains des opérateurs. Au point de vue chimique, il offre toutes les garanties désirables et ne peut être rendu responsable des accidents, d'ailleurs rares, constatés dans ces dernières années. *(25 février.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Méningite aiguë guérie par le traitement antisyphilitique, malgré l'absence d'antécédents spécifiques. — MM. Widal et Le Sourd. Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans chez lequel, sans aucune cause, ont éclaté brusquement des phénomènes méningés ayant débuté par une céphalée frontale et occipitale violente, et par des vomissements continuels. Pendant quinze jours se sont déroulés tous les autres symptômes classiques de la méningite : constipation, ralentissement du pouls, torpeur, délire, photophobie, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, signe de Kernig, exagération des réflexes, etc.

Sous l'influ nce de bi-iodure de mercure et de l'iodure de potassium, les accidents ont rapidement rétrocédé et le malade sortait guéri six semaines après son entrée à l'hôpital. Au bout de de x mois il était repris de céphalée, qui céda au même traitement spécifique.

Le liquide céphalo rachidien était riche en lymphocytes, mais sans virulence pour le cobaye, ce qui éloigne l'idée d'une méningite tuberculeuse.

Malgré l'absence de chancre ou de tout stigmate spécifi ue chez ce malade, on ne peut se défendre de penser à l'origine syphilitique de la méningite, si rapidement guérie par la médication iodurée et mercurielle.

Symphyse pleuro-pulmonaire. — M. Chauffard présente un malade âgé de 21 ans, chez lequel on constate nettement un syndrome très spécial de sclérose du lobe supérieur du poumon gauche, avec symphyse complexe unissant par soudure intime la plèvre pariétale gauche, le poumon, le médiastin, la face externe du péricarde, les deux feuillets internes de cette séreuse, et ayant, comme conséquence secondaire, provoqué une déviation de la base du cœur, une traction excentrique vers la gauche des gros vaisseaux, aorte et surtout artère pulmonaire.

Malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, il est légitime, d'après les antécédents du malade, d'admettre l'origine tuberculeuse de cette sclérose du sommet du poumon.

Sur trois cas de rhinellose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle. — MM. Marie et Guillain ont observé trois hommes qui présentaient, les uns et les autres, la destruction d'une narine par un processus ulcératif ancien. Chez ces trois malades, il existait une diminution notable ou une abolition des réflexes rotuliens. Deux de ces malades, anciens syphilitiques, étant morts, on a pu constater sur des coupes de la moelle des lésions très nettes, mais peu intenses, dans les cordons postérieurs.

Le lien entre ces lésions du nez et de la moelle, semble être la syphilis, ayant déterminé d'une part l'ulcération

Digitized by Google

destructive de la narine, et d'autre part la lésion des cordons postérieurs de la moelle

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle. — M. Alex. Renault présente un malade, atteint d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et troubles trophiques des doigts, et d'une syphilis récente. Les phénomènes nerveux existant depuis plusieurs années, à la suite d'une chute d'un troisième étage, semblent devoir être rattachés à des troubles purement fonctionnels d'origine hystérique, et non pas à une lésion des centres nerveux. (*21 février.*)

BULLETIN DE LA SEMAINE

Leçon de M. le Dr Huchard. — A signaler un épisode intéressant à la fin de la dernière leçon de M. Huchard : plusieurs médecins tchèques y assistaient. Avant de prendre congé de ses auditeurs, auxquels il avait parlé de la médication digitalique, le médecin de Necker a prononcé les paroles suivantes :

« Je ne veux pas terminer cette conférence sans souhaiter la bienvenue à trois savants collègues de Prague, qui m'ont fait le grand honneur d'assister à cette leçon : MM. les Drs Mixa et Votruba, médecins de l'hôpital général de Prague, et Heveroch, agrégé de l'Université *tchèque* de la même ville. — Je souligne le mot « tchèque », car vous savez qu'il y a, à Prague, deux Universités : l'Université tchèque..... et..... l'autre. Vous savez, d'autre part, que les étrangers amis de notre pays ont coutume de dire : « Nous avons deux patries, la nôtre d'abord ; la France ensuite. » — Eh! bien, nous Français, nous disons aussi : « Nous avons deux patries, la nôtre d'abord, et ensuite la grande patrie de tous les peuples en souffrance. Chers collègues tchèques, c'est pour cela que nous vous aimons. »

Ces paroles, qui répondaient au sentiment intime de tous les auditeurs, ont été accueillies par un tonnerre d'applaudissements. Une émotion générale s'est emparée de la salle ; les médecins tchèques avaient les larmes aux yeux. De telles paroles font plus que de longues protestations, elles ouvrent nos portes à nos amis d'Europe, et c'est là encore une manière d'aimer la science. Moyennant l'écho sympathique que ces paroles éveillent dans les aœurs, la diffusion de notre enseignement s'opère, et, rentrés chez eux, les étrangers en conservent un souvenir d'autant plus vif, qu'il a été rattaché, dans un moment favorable, à un sentiment d'émotion généreusement et amicalement partagé.

Académie de Médecine (*4 mars*). — Maigrement défendu à Paris, l'éther a vu ses partisans accourir de province. On ne lui rendait pas justice dans la capitale ; après le discours que vient de prononcer à l'Académie M. le Pr Poncet (de Lyon), il semble bien que le procès doive être gagné. Pourquoi s'obstiner avec le chloroforme ? Il tue quatre à cinq fois plus de monde que l'éther. Ce dernier ne donne pas lieu à la syncope primitive ou laryngo-réflexe du début ; quant aux complications pulmonaires post-opératoires, (broncho-pneumonies, congestions, œdèmes du poumon), rien ne prouve qu'elles soient dues à l'action irritante des vapeurs éthérées. Les accidents pulmonaires sont aussi fréquents chez les opérés qui n'ont pas été endormis, que chez ceux qui ont été anesthésiés.

La méthode que préconise le chirurgien lyonnais se verra-t-elle définitivement adoptée par les Maîtres parisiens ? C'est ce qu'on verra. La discussion n'est pas épuisée et les partisans du chloroforme ne se déclarent nullement battus.

M le Pr Poncet ayant été écouté avec attention, la suite de la séance a été remplie par les communications de MM. Pânas, Duret et Delorme, qui nous ont exposé les résultats de leur pratique dans la chloroformisation. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'électrothérapie, par le Dr H. Bordier. Edité par Baillière et fils. 1902 (2e édition).

Notre éminent collaborateur, M. le Dr H. Bordier, vient de faire paraître une nouvelle édition de son précis d'électrothérapie. Cet ouvrage, qui ne saurait être trop recommandé, a reçu de nombreuses modifications nécessitées par les progrès incessants de l'électrothérapie. Il constitue un résumé à la fois clair et précis de tout ce que le praticien doit savoir, soit pour appliquer lui-même, soit pour conseiller un traitement électrique nettement approprié. — Dr Courtade.

Electrothérapie gynécologique. *Derniers travaux du Dr G. Apostoli,* publié par M. le Dr Laquerrière. J. B. Baillière, Paris, 1902. Un vol. in-octavo de 632 pages.

Etude sur le Thymus, envisagée au point de vue de la médecine légale, par le Dr J. Peppino Tharghetta. In-8° de 150 pages. 3 francs. Octave Doin, éditeur.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le GOMENOL, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme;* on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLAMBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Rhumatisme vertébral et mal de Pott

Par M. le Dr Méry
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux

Si différents d'aspect semblent le rhumatisme spinal et le mal de Pott, quand même arrive-t-il des cas où leur symptomatologie se touche au point de rendre le diagnostic sinon difficile, du moins hésitant. Des cas de rhumatisme vertébral simulent le mal de Pott, des cas de mal de Pott s'offrent sans le cortège habituel qui les fait reconnaître.

Voici un petit malade de dix ans, il est faible, se fatigue vite, ressent des douleurs dans le dos depuis deux mois. Entré depuis quelques semaines à l'hôpital, il présentait à ce moment une douleur vive à la région lombaire, une autre moins intense à la partie moyenne de la région dorsale. La douleur localisée au niveau des dernières vertèbres, augmentée par la pression, était la plus vive ; elle gênait singulièrement le petit malade. Il ne se baissait qu'à grand'peine et se relevait péniblement. Aucune saillie angulaire n'existait au niveau de la région lombaire, mais on constatait une exagération des réflexes rotuliens des deux côtés, et une légère épilepsie spinale du pied droit. Tous ces signes appartiennent au mal de Pott; l'élève chargé de l'examen conclut, en effet, à cette maladie. Il s'était trompé, ayant négligé dans le groupement de ses symptômes, un signe de premier ordre : une légère douleur des genoux et des deux chevilles. Cette localisation articulaire de la douleur annonçait autre chose ; c'était un rhumatisme articulaire très léger, qui, comme il arrive souvent chez l'enfant, ne se révélait que par des signes atténués.

Aussi bien l'examen plus complet de la colonne vertébrale nous eût permis, dès le début, de rejeter l'idée d'une tuberculose vertébrale. Couchons l'enfant sur le ventre; relevons maintenant les membres inférieurs de façon à recourber l'enfant en arc de cercle et en arrière. L'ensellure lombaire augmente comme elle avait augmenté dès l'entrée du malade; dans le cas de mal de Pott, elle n'eût pas été modifiée. La colonne vertébrale restait rigide.

Le rhumatisme articulaire frappe souvent les articulations vertébrales de l'enfant. Parfois même il se localise à la région cervicale. Le torticolis de l'enfant n'est guère qu'une arthrite cervicale. Grancher et Marfan ont insisté sur ce point et parlé des complications qui peuvent faire suite. Outre l'ankylose du rachis, des manifestations méningitiques et médullaires se produisent dans des cas rares (pachyméningite, myélite, sclérose latérale amyotrophique). Plus souvent, il ne se manifeste qu'une légère irritation médullaire telle que celle qui a été observée chez notre sujet et qui se traduisait par une exagération des réflexes rotuliens et un faible degré d'épilepsie spinale. On peut donc distinguer deux localisations du rhumatisme sur le rachis : l'une vertébrale, l'autre spinale. La première, nous avons montré les analogies qu'elle peut présenter avec le mal de Pott, la seconde peut se produire au début, au cours ou au déclin de la maladie. Quand elle apparaît dès le début, il s'agit d'accidents paralytiques légers, d'une certaine parésie des membres inférieurs, accompagnée ou non d'une exagération des réflexes rotuliens. Au cours et au déclin s'installent plutôt les complications graves (myélite, sclérose latérale amyotrophique, pachyméningite). Tout cela est du reste exceptionnel et ne saurait nous arrêter longtemps.

Pour revenir à notre petit malade, disons que tout en étant très anémié (souffle dans les vaisseaux du cou), et faible, il gardait ses organes en bon état. Il n'existait pas trace d'endocardite. Les poumons étaient sains.

Le traitement par le salicylate fut institué aux doses de 4 grammes pendant quelques jours; puis les doses furent diminuées. Les raideurs articulaires disparurent, l'enfant se baisse aujourd'hui facilement.

En regard de cet enfant, guéri aujourd'hui, je vous en présente un autre. Il a 5 ans et a eu la rougeole en juin dernier. Au mois de décembre, voici venir des douleurs lombaires avec irradiations dans les deux jambes, plus vives dans la jambe droite. Ces douleurs augmentent vers le soir. Quelques troubles urinaires se sont montrés se traduisant par un besoin fréquent des mictions; l'enfant urine toutes les deux heures. A côté de ces deux signes, douleurs et fréquence des mictions, il en offre un troisième : une grande gêne dans les mouvements du rachis. L'enfant se baisse ; voyez, il exécute son mouvement en deux temps et en s'appuyant sur ses genoux.

Regardons de plus près. Il existe des douleurs spontanées. Sont-elles exagérées par la pression ? Non. On a beau presser les articulations vertébrales ; aucune sensation douloureuse n'apparaît. Voilà donc un signe de mal de Pott qui manque. Tout à l'heure pour un simple rhumatisme vertébral, l'articulation était douloureuse ; il s'agit ici d'une lésion bien plus grave, d'une ostéite tuberculeuse. Aucune douleur. De même ni gibbosité, ni déviation angulaire, ni même de déviation latérale. Car on sait que les déviations latérales (scoliose) précèdent parfois les déviations angulaires (Kirmisson). Chercherons-nous les signes d'un abcès par congestion ? Il n'y en a pas

Digitized by Google

et la maladie est trop au début pour nous permettre de poursuivre heureusement cette piste.

Un seul signe objectif existe, très important dans l'espèce : la rigidité vertébrale. Nous avons vu que l'enfant se baissait avec peine. Couchons-le sur le ventre comme nous avons fait du petit rhumatisant de tout à l'heure ; relevons-lui les jambes en arrière ; l'ensellure lombaire ne s'exagère pas comme chez notre premier malade, elle reste fixe. La colonne vertébrale est comme soudée. Jointe aux douleurs lancinantes des jambes, cette raideur vertébrale est le seul signe qui nous permette d'affirmer un mal de Pott.

Les réflexes rotuliens ne nous apprennent rien, ils sont plutôt diminués et cette diminution, nous ne l'attribuerons pas à une complication médullaire grave. Certains cas de myélite transverse qui peuvent accompagner le mal de Pott, offrent parfois une diminution ou une disparition des réflexes rotuliens ; mais nous avons affaire alors à une complication grave qui s'impose par des signes inquiétants (troubles sphinctériens, etc.).

Notre enfant présentait bien quelques besoins plus fréquents d'uriner ; mais le signe ne permettait en rien de conclure à une atteinte médullaire grave. Une légère compression des nerfs de la queue de cheval par les tissus morbides explique suffisamment cette légère diminution des réflexes.

Il s'agit vraisemblablement dans ce cas, d'un mal de Pott siégeant très bas dans la région lombaire.

Le salicylate de soude ne donnera rien ; notre enfant paraît moins malade que ne l'était le petit rhumatisant à son entrée, il l'est bien davantage. Nous allons appliquer un corset plâtré, insister sur l'alimentation reconstituante, envoyer l'enfant à Berck. Toutes ces précautions pourront nous valoir quelques résultats, mais seulement à la longue et après de nombreux mois.

Nous retiendrons de cette leçon les deux conseils pratiques suivants : il ne faut pas trop vite conclure à un mal de Pott, un simple rhumatisme vertébral peut être en cause ; d'autre part, il convient d'avoir l'œil sur les manifestations douloureuses qui, chez les enfants, peuvent s'irradier dans les deux jambes. L'examen du rachis permettra de découvrir une rigidité vertébrale et l'on devra songer à un mal de Pott au début. C'est là une maladie qu'on ne doit pas voir où elle n'est pas. Le pronostic viendrait trop brutalement démentir votre assertion. Mais il faut la voir où elle est, sinon les accidents se précipitant alors que vous n'aviez pu avertir du danger, la famille pourra bien vous garder rancune et vous accuser de négligence.

CLINIQUE MÉDICALE

Formes thoraciques de la grippe

Par M. Labbé,
Ancien interne (Médaille d'or) des hôpitaux, chef de travaux à la Faculté

Il n'est pas de maladie infectieuse qui frappe plus volontiers l'appareil respiratoire que ne le fait la grippe ; le coryza, la laryngite, la bronchite font partie du complexus symptomatique ordinaire de la grippe ; les complications broncho-pulmonaires y sont très fréquentes.

Dans certaines formes même, les symptômes et les complications portent presque exclusivement sur les organes de la respiration, tandis que les organes de la digestion, de la circulation et le système nerveux sont à peu près indemnes. Ces formes méritent le nom de formes thoraciques ou respiratoires de la grippe.

La grippe respiratoire ne s'observe pas avec la même fréquence dans toutes les épidémies. Tandis que l'épidémie de 1803 a été caractérisée par la fréquence des grippes nerveuses, celle de 1837 était remarquable par le nombre des grippes thoraciques. Au commencement de l'épidémie de 1889-90, la grippe affecta surtout la forme nerveuse, tandis qu'à la fin elle était surtout respiratoire.

Certains individus sont prédisposés aux formes respiratoires : ce sont les enfants et les vieillards chez lesquels l'appareil pulmonaire présente une susceptibilité particulière et les individus dont les organes respiratoires déjà malades offrent une moindre résistance à l'infection, comme les bronchitiques, les tuberculeux.

Dans sa forme ordinaire, la grippe thoracique est bien connue. Un sujet, bien portant jusque-là, est atteint depuis quelques jours d'un coryza léger, et pris brusquement de frissonnements, de fièvre et de douleurs vives dans les membres et dans les reins. Il éternue, il tousse, il ressent dans la gorge, une ardeur insolite ; sa voix est enrouée, enchifrenée. La muqueuse pituitaire, très congestionnée secrète un liquide muqueux irritant pour les narines et la lèvre supérieure qui sont rougies, douloureuses. Les conjonctives sont injectées, les yeux larmoyants. La toux, d'abord sèche, s'accompagne bientôt d'une expectoration mucopurulente ; l'auscultation des bronches dévoile quelques râles ronflants et sibilants : la grippe est, suivant l'expression vulgaire, tombée sur la poitrine.

Les jours suivants, ces symptômes s'amendent habituellement : la fièvre tombe, la toux devient plus grasse et moins fréquente ; l'expectoration d'abord très abondante, diminue ; bronchite et coryza gué-

Digitized by Google

rissent peu à peu, à moins que des complications ne viennent entraver la guérison.

Les complications thoraciques de la grippe sont fréquentes, nombreuses et variées ; tantôt elles sont dues au réveil d'une affection pulmonaire antérieure par l'infection grippale ; tantôt elles relèvent des associations microbiennes qui jouent un si grand rôle dans la grippe. Aussi peut-on observer toutes les formes et tous les degrés de l'infection broncho-pulmonaire.

La bronchite grippale est le point de départ de presque toutes les complications ; soit qu'elle revête une intensité insolite, soit qu'elle communique l'inflammation au parenchyme pulmonaire lui-même ; dans ce dernier cas, la persistance de la bronchite qui s'associe à la pneumonie donne à cette dernière un caractère tout particulier.

L'infection peut atteindre les bronches capillaires. Dans quelques cas, elle a revêtu l'aspect pseudomembraneux.

Il arrive souvent que le degré de la lésion dépasse la bronchite et que le poumon est congestionné.

Certaines affections pulmonaires accompagnées de symptômes généraux décrites sous le nom de maladie de Woillez, de congestion pleuropulmonaire (Potain), de fluxion de poitrine (Dupré, Grasset), ne sont que des congestions pulmonaires grippales. Après un début caractérisé par les symptômes ordinaires de la grippe, le malade se plaint d'un point de côté sous-mammaire, et rejette des crachats ocrés, quelquefois teintés de sang. La toux redouble, on constate une zone de submatité à la base d'un des poumons avec une respiration légèrement soufflante, un peu de bronchophonie et quelques râles crépitants ; les vibrations thoraciques sont normales, le foyer congestif a une mobilité remarquable, et passe souvent d'un côté à l'autre.

La fièvre n'est pas de longue durée, mais les symptômes pulmonaires persistent après sa disparition et ne se résolvent que quelques jours après.

La congestion pulmonaire peut s'accompagner d'un épanchement pleurétique, habituellement peu abondant, qui modifie les signes d'auscultation.

Parfois enfin, la phlegmasie frappe à la fois les bronches, les poumons, les plèvres et les couches musculaires du thorax : c'est la fluxion de poitrine.

La congestion peut atteindre un degré de plus et simuler la pleurésie : c'est la splénopneumonie. Teissier, Lemoine, Makereel, ont montré la fréquence de la splénopneumonie dans la grippe. Elle se révèle par les signes indiqués par Grancher. Le point de côté s'accompagne de matité avec disparition des vibrations thoraciques, bronchoégophonie, souffle voilé, diminution du murmure vésiculaire. L'expectoration manque souvent. On croit à une pleurésie, mais l'espace de Traube a conservé sa sonorité, quelques râles crépitants se font entendre à la base des poumons et la ponction exploratrice démontre l'absence d'épanchement pleural.

L'évolution est traînante ; les symptômes pulmonaires persistent pendant longtemps.

Il y a encore des formes de splénopneumonie où l'expectoration fait défaut, soit pendant toute la durée de la maladie, soit pendant la première période ; Dupré, Bourgeois ont cité des observations où le malade n'avait expectoré qu'un seul crachat.

La splénopneumonie peut avoir une durée très longue et évoluer en deux temps (Lemoine). Après une poussée congestive aiguë, le sujet revient à la santé, mais conserve de l'essoufflement et de la lassitude générale. Au niveau de l'ancien foyer pulmonaire, il persiste de la submatité, de l'accentuation des vibrations thoraciques, de l'obscurité respiratoire, sans râles ni souffles. Cet état persiste plusieurs semaines et même plusieurs mois sans modifications appréciables. Le malade ne recouvre une santé parfaite que graduellement, et souvent après une cure d'aérothérapie.

Par contre, Huchard, Lemoine ont signalé des splénopneumonies avec expectoration hémoptoïque ; dans cette forme, il semble que le poumon soit gorgé de sang passivement par vaso-dilatation, et il y a souvent des troubles cardiaques.

Les formes traînantes de splénopneumonie peuvent se compliquer d'un certain degré de sclérose pulmonaire et de dilatation bronchique. Lorsque les signes d'induration et les signes d'excavation siègent au sommet du poumon, ils simulent la tuberculose pulmonaire. Ces formes pseudo-phymiques de la grippe ont été étudiées par Graves, puis par Teissier, Lemoine, Egger, Mizon, Makereel. Elles peuvent simuler la tuberculose chronique (formes bronchitique et bronchectasique), la phtisie galopante, et même la granulie.

Un des caractères les plus particuliers de l'infection grippale, c'est la dépression profonde du système nerveux qu'elle produit. L'asthénie nerveuse se montre non seulement dans les formes nerveuses de la grippe, mais aussi dans les formes digestives et respiratoires, où elle se traduit par des symptômes bulbaires, par le rythme respiratoire de Cheyne Stokes, par des crises de collapsus cardiaque, par de l'asphyxie rapide, et par un état particulier de stupeur pulmonaire, de dépression bronchique sur lequel Graves avait déjà attiré l'attention.

M. Huchard a observé et décrit en 1890 ces grippes à forme bronchoplégique. Leur début est habituellement insidieux, peu ou même nullement fébrile : un malade qui, depuis quelques jours, respirait avec quelque difficulté, est pris soudain de dyspnée in-

Digitized by Google

tense, la respiration s'embarrasse, la toux incessante est insuffisante à expulser les mucosités bronchiques, la face et les extrémités se cyanosent, l'asphyxie fait des progrès rapides et amène bientôt la mort.

Parfois la dyspnée est intermittente, sans être pour cela en rapport avec le développement des lésions pulmonaires, ainsi que Graves l'avait constaté.

D'ailleurs les symptômes physiques sont loin d'être en rapport avec l'asphyxie. Généralement on n'entend à l'auscultation que des râles humides dans les poumons. Il s'agit d'une bronchite capillaire généralisée, avec obstruction des bronches par paralysie des muscles de Reissessen. Tout se passe comme si les deux nerfs pneumogastriques avaient été coupés. Les expériences de F. Franck et les constatations de Meunier montrent bien la diminution de résistance du poumon aux infections après la section des nerfs vagues.

D'autres fois la lésion ne se limite pas à la bronchite. On observe dans la grippe des congestions pulmonaires avec des râles fins très nombreux, qui s'entendent surtout dans les grandes inspirations ou des œdèmes pulmonaires à évolution aiguë.

Il y a des pneumonies qui peuvent arriver en un jour à l'hépatisation de l'organe entier. Le plus souvent ce ne sont pas de vraies pneumonies : il n'y a pas de fièvre et le pouls est plutôt ralenti. A ces diverses formes dont l'insuffisance nerveuse est le caractère essentiel, M. Huchard a donné avec raison le nom de pneumonies vaso-paralytiques.

Landau, en 1837, avait signalé des faits analogues.

Ferrand a observé aussi des congestions pulmonaires passives dans la grippe, caractérisées par une densification du parenchyme avec diminution de la perméabilité à l'air. Ces foyers étendus à un lobe ou à un poumon entier peuvent se résoudre ou précéder la pneumonie vraie.

Il n'est pas rare que l'infection grippale dépasse les bronches et atteigne le parenchyme pulmonaire même. Il s'agit plus souvent de broncho-pneumonies que de pneumonies vraies. Suivant Lombard la broncho-pneumonie survient dans le cours de la grippe, la pneumonie pendant la convalescence ; mais on peut voir aussi des pneumonies dès les premiers jours de la grippe.

La broncho-pneumonie est le plus souvent, suivant Teissier, lobulaire. Elle procède par foyers successifs, disséminés, mobiles, qui persistent quelques jours, passent d'un poumon à l'autre et ont le plus souvent une marche « grimpante ». Chaque poussée nouvelle est accompagnée de fièvre. Elles se reproduisent souvent avec une persistance désespérante.

Les formes pseudo-lobaires simulent la pneumonie. La température présente de grandes oscillations ; le début est moins brutal et les lésions moins massives et moins fixes que dans la pneumonie vraie ; l'expectoration est aérée, striée de sang ou purulente ; l'asphyxie est très marquée.

Meunier, qui a étudié dix cas de broncho-pneumonie causés par le coccobacille de Pfeiffer chez l'enfant, admet que ces broncho-pneumonies n'ont aucun caractère clinique ni anatomique particulier, et qu'il est impossible de distinguer, autrement que par la bactériologie, les broncho-pneumonies causées par le microbe spécifique de la grippe, de celles qui sont dues aux microbes d'infection secondaire.

La pneumonie lobaire fibrineuse classique s'observe dans la grippe, mais il est plus fréquent de rencontrer des pneumonies modifiées par l'infection grippale. Leurs caractères cliniques et anatomiques ont été étudiés par M. Ménétrier. Le début est peu éclatant, marqué plutôt par des frissonnements que par un grand frisson ; le point de côté peut manquer ; quelquefois il y a seulement un peu d'oppression et d'abattement ; on a vu des cas où le malade travaillait encore au huitième jour de sa pneumonie.

A la période d'état, les signes physiques font souvent défaut ; les crachats sont plutôt sanglants que franchement rouillés ; ils peuvent rester muqueux avec quelques stries sanguines durant toute la maladie ou devenir muco-purulents. La pneumonie est souvent bilatérale.

Cependant, l'état général est grave, l'adynamie prononcée ; la dyspnée est intense, hors de proportion avec les signes physiques. Le malade a de l'albuminurie, un état saburral des voies digestives. La courbe thermique présente une extrême irrégularité.

La durée est prolongée, les rechutes fréquentes, la convalescence toujours longue ; la résolution locale tarde à se faire, il persiste de la submatité et du souffle.

La mort est malheureusement fréquente (16 p. 100 des cas) et due soit au passage de la pneumonie à la suppuration, soit à des complications (endocardite, méningite).

Comme en clinique, la pneumonie lobaire au point de vue anatomo-pathologique n'est pas toujours absolument classique : sur une coupe, le tissu pulmonaire apparaît plus lisse, les granulations fibrineuses sont moins saillantes : on trouve parfois des lobules encore perméables à l'air au milieu d'un bloc d'hépatisation.

Tandis que la pneumonie lobaire est caractérisée ordinairement par une alvéolite fibrineuse pure, ici la bronchite purulente accompagne toujours l'alvéolite. Enfin, l'hépatisation grise est fréquente et apparaît d'une façon précoce ; la suppuration est diffuse ou en foyers circonscrits.

Cornil et Babès, Ménétrier ont décrit une forme

Digitized by Google

anatomique particulière à la grippe, la péri-pneumonie : l'inflammation est plutôt interalvéolaire qu'intra-alvéolaire. Les travées péri-lobulaires sont épaissies par l'infiltration fibrineuse et la lymphangite.

Leichtenstein et Finkler ont insisté également sur l'infiltration embryonnaire du tissu inter-alvéolaire dans les pneumonies grippales ; pour eux, il s'agit d'une pneumonie cellulaire avec réaction fibrineuse modérée.

Le poumon dont la résistance est affaiblie par la grippe offre un bon terrain de culture aux microbes anaérobies qui peuvent par leur développement produire des foyers de gangrène.

La grippe respiratoire s'accompagne fréquemment de déterminations pleurales, secondaires aux foyers pulmonaires superficiels. La plupart des pleurésies métapneumoniques étudiées par Lemoine sont consécutives à des pneumonies grippales.

Morel-Lavallée a décrit une péri-pleurite sèche dont l'existence n'a pas été confirmée par les autres cliniciens. On a décrit aussi des pleurites sèches, mais leur existence est très discutable et il est probable que dans la plupart des cas de ce genre la grippe a été confondue avec la tuberculose.

La pleurésie séreuse est secondaire à un foyer de congestion, de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

Mais le plus souvent, la pleurésie est purulente ; elle succède parfois à une broncho-pneumonie qui a passé inaperçue et paraît alors primitive. Le streptocoque en est l'agent ordinaire.

La grippe thoracique laisse souvent après elle des séquelles. La dilatation bronchique, l'emphysème sont du nombre. La tuberculose se développe facilement dans le poumon affaibli, privé de ses moyens de résistance par la chute des épithéliums bronchiques. Mais, plus souvent, la grippe n'a fait que réveiller une tuberculose pulmonaire latente et donner un coup de fouet à son évolution.

Diagnostic. — La multiplicité des aspects sous lesquels se présente la grippe thoracique rend dans bien des cas le diagnostic de cette affection extrêmement difficile. En temps d'épidémie surtout, certains médecins ont tendance à attribuer à la grippe beaucoup d'affections pulmonaires qui relèvent d'une autre cause, de la tuberculose, par exemple, et la grippe a été accusée de nombreux méfaits qu'elle n'a jamais causés.

C'est grâce à une étude minutieuse du début des maladies et des antécédents des malades que la véritable nature des maladies sera reconnue ; plus difficile encore à dépister que les autres infections, puisque tout contrôle positif lui manque, la grippe ne devra jamais être invoquée qu'avec réserve.

Nous ne passerons pas en revue les multiples diagnostics différentiels à faire dans chaque forme de grippe thoracique. Pour beaucoup d'affections pulmonaires la lésion locale est plus importante que l'étiologie et le diagnostic importe peu. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Rappelons seulement qu'on ne devra pas confondre une pneumonie typhoïde avec une pneumonie grippale, ce que l'étude attentive des signes, l'évolution, et surtout le séro-diagnostic permettront d'éviter.

La bronchite capillaire morbilleuse devra être aussi distinguée avec soin de la forme bronchoplégique de la grippe, rare, d'ailleurs, chez les enfants.

La tuberculose peut être simulée dans toutes ses formes, aiguës et surtout chroniques par la grippe. C'est par l'étude des antécédents, par la recherche répétée du bacille de Koch dans les crachats et au besoin par l'essai de la réaction à la tuberculine ou par la sérothérapie qu'on arrivera à dépister cette infection,

Le *pronostic* de la grippe thoracique est toujours sérieux à cause des complications multiples auxquelles le grippé est exposé. Il est grave chez les sujets qui possèdent déjà quelque tare organique, chez les débilités, chez les vieillards.

Etiologie. — La grippe est épidémique, mais le mode suivant lequel s'effectue la contagion, nous est inconnu. Toutefois, la constance des symptômes respiratoires, la fréquence des formes thoraciques, la facilité de la contagion inclinent à penser que le contage doit pénétrer par les voies aériennes. D'ailleurs, les quelques notions que nous possédons sur la bactériologie de la grippe ont trait aux formes respiratoires de cette affection.

Beaucoup de microbes ont été décrits comme agents spécifiques de la grippe; Klebs a invoqué un hématozoaire, Babès des espèces diverses, Teissier, Roux et Pittion un strepto-bacille, etc., mais toutes ces découvertes sont oubliées aujourd'hui.

La plupart des bactériologistes, en étudiant les sécrétions des grippés y ont trouvé des espèces banales comme le streptocoque, le pneumocoque, le pneumo-bacille, etc.; ce sont des saprophytes des voies respiratoires supérieures dont la virulence s'exalte sous l'influence de la grippe et qui deviennent alors des agents d'infection secondaire. La bactériologie nous montre que ces microbes jouent le rôle principal dans les complications de la grippe.

Pfeiffer a été plus heureux. En 1890, il remarqua dans les crachats et le suc pulmonaire des grippés de petits bacilles de forme variable (coccus, bacille, filament) qui ne se colorent pas par la méthode de Gram, et se cultivent sur les milieux sanglants

Digitized by Google

donnant des colonies très fines. Ce coccobacille ne lui sembla point pathogène pour les animaux. Le microbe fut retrouvé par Weichselbaum, par Kühne, par Canon. Meunier le vit dans le sang des malades, et constata son action pathogène pour le lapin. Grassberger étudia ses formes d'involution et le rôle adjuvant du staphylocoque dans les cultures. Jacobseu est parvenu, en cultivant le coccobacille en symbiose avec d'autres microbes, à exalter sa virulence et à le rendre pathogène sur les souris et les lapins.

Le coccobacille est donc aujourd'hui bien connu; mais sa spécificité n'est pas admise sans conteste. En effet, on ne le trouve pas dans tous les cas de grippe, et plus d'une fois on l'a rencontré dans des affections pulmonaires qui n'avaient rien de commun avec la grippe; on l'a trouvé dans les bronchites des emphysémateux, dans l'expectoration des pneumoniques et des tuberculeux, dans la flore des cavernes pulmonaires. Il semblerait donc que le coccobacille n'est qu'un microbe de plus à ajouter à la liste des saprophytes des voies respiratoires et qu'il ne possède point de spécificité; mais la question est encore à l'étude.

Traitement. — Nous ne connaissons pas de traitement véritablement spécifique de la grippe. Le sulfate de quinine semble agir comme antiseptique contre les cultures de bacilles de Pfeiffer et donne d'assez bons résul tats dans la pratique : il faut le prescrire à haute dose, ainsi que le recommande M. Huchard.

Je n'ai rien à dire du traitement des diverses complications de la grippe qui devra être purement symptomatique, en rapport avec chaque cas particulier. L'asthénie du système nerveux qui constitue un des principaux dangers, sera combattue aussi rapidement que possible par les stimulants diffusibles et surtout par des injections de strychnine; le cœur sera soutenu par la caféine, la spartéine, la digitale.

La prophylaxie présente une grande importance. M. Huchard a insisté à juste titre sur la désinfection minutieuse des cavité muqueuses, repaires de germes nombreux pouvant devenir l'origine d'infections secondaires. Il faut surtout éviter la contagion des complications de la grippe, en isolant les malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie, en désinfectant avec soin les objets contaminés, en empêchant la dissémination des germes contenus dans les crachats. Kuhne, Weichselbaum pensent, en effet, que les complications de la grippe sont plus contagieuses que la grippe elle-même.

Formulaire du Praticien

Traitement de la toux

Si la toux constitue un symptôme commun à beaucoup d'affections des voies respiratoires, elle peut résulter d'une excitation partie d'autres organes; mais le nerf pneumogastrique se trouve toujours dans l'arc diastaltique du réflexe. M. le Pr Rummo de Palerme, en partant de ces données, a publié sur le traitement de la toux, une intéressante leçon (*Reforma Medica*, 18 déc. 1901). Il y a donc des toux pharyngée, laryngée, trachéale, bronchique, œsophagienne, gastrique, hépatique, splénique, péritonéale, utérine, bulbaire, etc. etc.; mais il n'y a pas de toux alvéolaire pas plus que pleurale.

La toux n'est donc autre qu'un acte réflexe, parti d'une terminaison nerveuse sensitive ou *zone tussifère*, aboutissant à un *centre tussigène* et se réfléchissant sur une terminaison motrice ou *zone spasmodique*, qui provoque ici une expiration forcée avec resserrement de la glotte.

L'arc peut être incomplet et commencer seulement au centre.

Le meilleur médicament de la toux est souvent le vomitif qui amène l'expulsion finale.

Parfois il faut s'attaquer directement à l'excitabilité exagérée et la calmer.

A cet effet on peut s'adresser à des agents pharmaceutiques qui s'attaquent soit aux fibres sensitives, comme les antispasmodiques, soit aux fibres motrices ou au centre bulbaire, comme les sédatifs, soit à des substances à action mixte.

Les opiacés appartiennent aux premiers et agissent sur le neurone sensitif.

Voici quelques formules employées par M. le professeur Rummo :

Chlorhydrate de morphine....	0 gr. 10
Eau distillée de laurier cerise..	10 grammes

XX gouttes contiennent 0,01 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Par X gouttes, répétées 6 fois dans les 24 heures.

Chlorhydrate de morphine. ...	àà 0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne.....	
Sulfate neutre d'atropine.... ..	0 gr. 005
Eau distillée de laurier cerise...	10 grammes

XX gouttes contiennent 0,01 de chlorhydrate de morphine et de cocaïne, 0,0005 de sulfate d'atropine.

V à X gouttes, répétées jusqu'à concurrence de XL gouttes dans les 24 heures, dans un peu d'eau sucrée ou sur du sucre.

Ou quelques nouveaux dérivés de la morphine :

Héroïne (éther diacétique de morphine)..	0 gr. 05
Sucre blanc.....	5 grammes

Pour 10 pilules — 3 à 4 pilules par jour.

Digitized by Google

Chlorhydrate d'héroïne (soluble) 0 gr. 10
Eau distillée d'amande amère.. 10 grammes
XV à XX gouttes, répétées 3 à 4 fois par jour.

Héroïne..... 0 gr. 15
Extrait de gentiane..... 2 grammes
Poudre et suc de réglisse..... q. s.
Pour 30 pilules. 3 ou 4 pilules par jour.

Dionine (morphine éthylique)... 0 gr. 30
Eau distillée..... 20 grammes
XV gouttes dans de l'eau sucrée, 2 ou 3 fois dans les 24 heures.

Dionine..... 0 gr. 50
Sirop simple..... 100 grammes
Une cuillerée à café le soir, contre la toux nocturne.

Dionine..... 0 gr. 30
Racine et suc de réglisse..... q. s.
Pour 30 pilules. Une pilule, 3 ou 4 fois par jour.

Dionine..... 0 gr. 30
Eau distillée d'amande amère . } àà 5 grammes
Eau distillée..... ....
XX gouttes le soir.

Péronine (éther benzylique de morphine).... 0 gr. 30
Racine et suc de réglisse .... q. s.
Pour 30 pilules, 2 à 4 pilules le soir, vers l'heure de la toux.

Péronine..... 0 gr. 30
Alcool..... 5 grammes
Eau distillée..... .. 50 —
Sirop simple..... 100 —
Une cuillerée à café, 3 fois par jour.

Dans les cas de débilité cardiaque :

Chlorhydrate de morphine ... 0 gr. 10
Sulfate neutre de spartéine.... 0 — 50
Eau distillée..... q. s. p. faire 10 cc.
Injecter une demi-seringue à la fois.

L'atropine et ses succédanés portent leur action plus spécialement sur le neurone moteur.

Voici quelques autres formules :

Teinture alcoolique de racine d'aconit napel..... XX gouttes
Sirop de bignoniacatalpa..... 40 grammes
Par cuillerées à dessert.

Teinture alcoolique de feuilles et de racine d'aconit..... 2 —
Sirop diacode..... } àà 100 —
Sirop de gomme.....
2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

Teinture de belladone..... } àà X gouttes
Teinture d'aconit..... ... .
Sirop de gomme..... 30 grammes
Par cuillerées à café.

Chez les enfants :

Alcoolature de racine d'aconit.. } àà X gouttes
Teinture de belladone.....
Eau distillée de laurier cerise.. 15 grammes

— de fleur d'oranger..... } àà 60 —
— de tilleul.....
Sirop simple ..... . 30 —
Par cuillerées à café.

Teinture de lobelia inflata..... 10 grammes
Eau de laurier cerise..... 5 —
X gouttes, toutes les heures, jusqu'à concurrence de LX gouttes en 24 heures. Le tiers de la dose chez les enfants.

Teinture de lobelia inflata..... } àà 5 grammes
Teinture d'opium benzoïque....
Idem.

Teinture de lobelia inflata..... } àà 10 grammes
Ether sulfurique..... }
Idem.

Opium thébaïque pur..... 0 gr. 05
Extrait de chanvre indien ..... 0 — 10
Extrait de laitue..... q. s.
Pour 3 pilules, à donner dans la journée.

Chlorhydrate de cocaïne.. ... 0 gr. 30
Hydrate de chloral..... ... 3 grammes
Bromure de potassium..... 2 à 4 —
Glycérine pure..... 50 —
Eau distillée..... 300 —
Pour pulvérisations, en cas de toux laryngée.

H. Gillet.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La Ligue des pères de famille

Je laisse de côté ce nom de Ligue qui ne dit rien qui vaille. Il y a trop de Ligues; elles foisonnent. Les passants dans la rue font partie d'une Ligue, nos voisins d'omnibus, les concierges aussi. Sommes-nous donc si pauvres en dénominations que nous soyons éternellement condamnés à nous rabattre sur celle-là ? Cela s'use vite, une étiquette ; remplaçons-la, si nous tenons à faire valoir le produit qu'elle annonce. Ma réclamation semblera d'autant plus légitime, que le projet nourri par cette nouvelle « Ligue des pères de famille », étant digne d'une approbation sans réserves, risque fort par son titre de « Ligue », qu'on rabâche de partout, risque, grâce à la banalité de ce vocable, d'indisposer les bonnes volontés ou au moins de ne pas les stimuler comme il conviendrait.

La *Société* nouvelle en formation, je prends ce mot qui, si vieux soit-il, subit presque un rajeunissement, du fait de son éclipse et de son remplacement par le mot *Ligue*, la Société nouvelle a pour but « la défense de l'intérêt bien compris du développement physique et intellectuel de l'enfant. » Le parrain à qui revient l'honneur de cette initiative, si utile qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas été prise plus tôt, est M. le Dr Albert Mathieu. Son programme comprend trois points essentiels : la réforme des condi

Digitized by Google

tions actuelles de travail et d'enseignement. « Les élèves ont trop de devoirs à faire, trop de leçons à apprendre. » Ce n'est pas tout de bourrer le cerveau, il convient de s'occuper du corps ; un temps plus étendu doit être accordé aux récréations, aux exercices physiques qui développent sans surmener. Sur ce premier point, chacun sera d'accord avec M. le Dr Mathieu. Les programmes scolaires ont été conçus en chambre par des politiciens qui, ayant pour la plupart fait leurs études au café, sont parfaitement ignorants de la capacité du cerveau humain. Ils n'ont jamais rien logé dans le leur ; comment se douteraient-ils qu'à y amasser et à y botteler des charretées d'érudition, pareille besogne risque d'entraîner la fatigue et de distendre l'organe jusqu'à le paralyser complètement et pour toujours ? En réformant les programmes scolaires, les politiciens ont accompli leur mission habituelle ; bouleverser à tort et à travers pour se fournir l'illusion de leur puissance. Il n'est pas trop tôt que les médecins se réveillent pour les rappeler à l'ordre.

Le second point du programme de M. le Dr Mathieu, a trait à une modification du plan des études classiques. Puisque le cerveau de l'enfant est trop chargé, allégeons-le de la connaissance des Lettres anciennes. Le grec est inutile : supprimons-le — je veux bien. — Rares sont les élèves qui, parvenus au baccalauréat, sont entrés dans l'esprit de la langue grecque, en ont saisi la beauté simple, et cette clarté d'ordonnance qui au XVIe siècle, permettait à H. Estienne de rapprocher du génie de la langue grecque le génie de la langue française, et d'établir une comparaison entre les deux. Et l'étymologie de nos noms scientifiques et de nos appellations médicales, comment nous en tirer, si nous ne savons pas le grec ? Voilà un argument. Pour connaître l'origine d'un mot, alors qu'une note au bas de la page suffirait pour nous informer, nous devons passer quatre ans sur la grammaire grecque et les verbes irréguliers. C'est l'histoire d'un dégraisseur qui, pour apprendre à enlever une tache sur une étoffe, aurait dû, avant d'être autorisé à se servir de benzine, passer quatre ans à pénétrer les mystères de la chimie organique. Bon voyage donc au grec, ce n'est pas nous qui le regretterons. Quelques leçons sur les civilisations anciennes, la lecture de bonnes traductions nous renseigneront plus vite sur la vie et le tour d'esprit des Athéniens, que la conjugaison de leurs verbes et de leurs aoristes.

Pour la langue latine, nous ne serons pas tout à fait de l'avis de M. Mathieu. Et voici pourquoi. Tout d'abord il y a similitude d'origine et de sensibilité entre les Latins et nous. Les lettres de Pline le Jeune sont d'un Parisien spirituel de l'ancienne Rome. Nous nous retrouvons dans les idées, le tour d'esprit, l'abondance oratoire, le sentiment attendri d'un Lucrèce, d'un Sénèque, d'un Cicéron, d'un Virgile. Et puis, il y a autre chose. La langue latine est très riche de nuances et, ces nuances, en arrêtant l'attention sur la valeur exacte des mots, apprennent au traducteur à démêler la nuance précise du vocable qui correspond dans sa langue. Les plus grands prosateurs français ont été très versés dans les lettres latines. M. le Dr Mathieu nous objectait. que les traductions de l'anglais et de l'allemand produiraient des résultats équivalents. Pour l'anglais, je ne ne sais pas, j'ignore la langue. L'allemand, que je possède mieux, ne me semble jouir que d'un avantage très discutable dans ce sens. Le génie de la langue est trop éloigné du nôtre. Une hésitation plus grande entrave la traduction ; les nuances ne peuvent être exactement rendues. Bien des choses seraient à dire sur ce sujet. Je m'arrête, m'apercevant que je n'ai pas parlé du troisième point qui compose le programme de M. Mathieu. A la suite de M. le Pr Surmont (de Lille), il demande la création de conseils d'hygiène universitaires. Nous reparlerons de la chose. — Z.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le goménol. — Le goménol est un antiseptique de haute valeur qui diffère de ses congénères par la nature de son origine. Il n'est pas le résultat d'une synthèse chimique, mais est constitué par une essence pure, naturelle, retirée des feuilles d'une plante cultivée à la Nouvelle-Calédonie (Melalénéa viridiflora). Antiseptique d'une puissance remarquable, égale à celle du thymol et du phénol, il offre sur ces deux composés un double avantage. Il n'est ni toxique ni caustique. L'organisme le tolère admirablement, même quand le produit est employé pur ; le linge n'est pas taché par son emploi, les instruments métalliques ne sont pas attaqués ; enfin, il a une odeur balsamique agréable.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Urémie expérimentale et régime. — Alexandre Strubell a rendu expérimentalement des chiens urémiques par l'ablation des deux reins ; pour obtenir une survie un peu longue, il opérait avec une asepsie parfaite, tenait les animaux rigoureusement propres après l'intervention, et évitait le refroidissement progressif en les couvrant et en les réchauffant. Dans ces conditions il en nourrit un certain nombre avec de la viande ; il en tint d'autres à l'état d'inanition ; il donna des hydrates de carbone, en particulier du riz et de l'eau sucrée, à un troisième lot. Or, les animaux alimentés en végétariens, présentèrent une survie qui dépassait en moyenne de 36 heures celle des animaux nourris de viande et de graisse. *(Wiener Klin. Wochenschrift.)*

V. Koranyi (*Berl. Klin. Wochenschrift 1899*) a déjà fait des recherches analogues sur le lapin ; il a pu constater une diminution du degré de congélation du sérum, en rapport avec le régime des animaux : ceux qui mangeaient des hydrates de carbone avaient le point cryoscopique le plus faible (0° 60) ; ceux qui recevaient de l'albumine et de la graisse avaient les points cryoscopiques les plus élevés (0° 67 à 0° 75), ce qui revient à dire que leur sang était plus saturé de molécules excrémentitielles.

Ce sont de nouvelles preuves scientifiques pour justifier le régime lacto-végétarien dans les insuffisances rénales. — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

NOUVEAUX REMÈDES

Dérivés de la morphine

Dans un article qui paraît dans le N° de ce journal sur le traitement de la toux, notre collaborateur, M. le Dr Gillet, nous donne, d'après le Dr Rummo (de Palerme), un certain nombre de formules où entrent des dérivés de la morphine. Nous prendrons occasion de cet article pour étudier les trois médicaments nouveaux qui entrent dans ces formules : 1° *l'Héroïne*, 2° *la Dionine*, 3° *la Péronine*.

I. — *L'héroïne* est l'éther diacétique de la morphine. C'est une poudre blanche, cristalline, de goût amer, peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool. Diminuant la sensibilité des bronches aux excitations mécaniques, elle permet aux malades une respiration plus facile sans qu'ils aient à craindre des accès de toux. Elle n'agit ni sur le cœur ni sur la pression sanguine, en sorte qu'on la peut prescrire aux cardiaques. Elle offre sur les opiacés un avantage considérable : elle ne détermine pas de constipation.

Dix fois plus active que la codéine, elle est un peu moins toxique que cette dernière. On la prescrit à la dose moyenne de 0 gr. 005, trois ou quatre fois par jour, sous forme de pilules, de poudres ou de potions alcooliques. Elle agit favorablement et comme calmant dans toutes les affections de l'arbre respiratoire (phtisie, asthme, bronchites, laryngites).

II. — *La dionine* est de l'éthylmorphine. C'est une poudre blanche, amère et soluble dans l'eau. Elle tient le milieu entre la morphine et la codéine qui est de la méthylmorphine et possède des propriétés narcotiques précieuses. Comme elle ne crée pas d'accoutumance, on la peut employer dans le traitement de la morphinomanie (*Nouveaux remèdes Bardet*, 1901). A l'exemple de l'héroïne, elle calme les quintes de toux douloureuses et peut être employée dans les affections aiguës et chroniques des voies respiratoires ; son action sur le sommeil, quand il y a des douleurs vives, est quelquefois plus sûre que celle du sulfonal, du chloral et du trional. On l'a aussi utilisée dans les douleurs gastralgiques. Son absorption ne serait suivie d'aucun malaise : ni douleurs de tête, ni nausées, ni vomissements. Pas de constipation non plus, comme avec l'héroïne.

Les doses sont celles de la codéine : par voie buccale de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour. On peut aussi utiliser les injections hypodermiques. Dans ce dernier usage, la dose de 0 gr. 02 suffit.

III. — Si *la dionine* est de l'éthylmorphine, *la péronine* est du benzyl-morphine (chlorhydrate de.) C'est comme les précédentes, une poudre blanche, soluble dans 120 parties d'eau, narcotique comme la dionine. La dose est de 2 à 6 centigr. par jour, en pilule ou en potion alcoolisée. — L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du cancer du sein. — Après avoir rapporté sa statistique personnelle qu'il compare à d'autres statistiques, M. Le Dentu, dans un travail fort intéressant, s'efforce de démontrer que dans le traitement chirurgical du cancer du sein les résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention sera plus précoce et plus large.

Mais pour intervenir de bonne heure, il est nécessaire qu'un diagnostic précis soit posé le plus tôt possible après le début du néoplasme ; cela dépend du premier médecin qui examine ces malades et des malades elles-mêmes.

Les symptômes cardinaux du cancer du sein sont : la limitation précise de la tumeur, son adhérence au tissu mammaire et aux téguments, sa dureté dans sa phase initiale et c'est tout. Les symptômes contingents sont la douleur, l'existence de ganglions dans l'aisselle. Comme circonstance accessoire mais non dénuée d'importance, il y a l'âge des malades. Le cancer est une maladie de la femme âgée, quelquefois de la femme mûre, très rarement de la femme jeune. Tous ces symptômes devront être recherchés et analysés avec soin pour établir le diagnostic. L'examen des malades ne présente rien de particulier, cependant M. Le Dentu attache une importance véritable à certains détails de position et d'attitude des malades, qui assurent à l'exploration une précision rigoureuse.

La palpation doit être faite en repoussant doucement et directement d'avant en arrière le sein soutenu par la main libre.

Pour examiner l'aisselle, on invite la malade à poser sans effort, sans raideur, la main du côté exploré sur l'épaule du médecin ; cette attitude a pour conséquence d'amener la paroi postérieure de l'aisselle en avant avec tout le tissu cellulo-graisseux qu'elle contient. Alors les doigts du chirurgien peuvent plonger jusqu'au sommet de l'aisselle en glissant derrière ce tissu graisseux et les ganglions, et en suivant de près la paroi thoracique.

La main qui explore restant en place, l'autre exerce de douces pressions sur la paroi antérieure de l'aisselle, puis le pouce de la première main, se

Digitized by Google

plaçant devant les pectoraux, en apprécie l'épaisseur. On arrive ainsi à savoir d'une façon précise s'il y a des ganglions dégénérés, s'ils sont volumineux, s'ils ont cessé d'être mobiles, s'ils se prolongent jusqu'au sommet de l'aisselle, et si la paroi antérieure est demeurée indemne.

L'examen des creux sus-claviculaires et des régions sterno-mastoïdiennes exige un soin spécial; de même on s'efforcera de dépister une généralisation commençante.

Pendant longtemps les chirurgiens se contentèrent d'enlever largement les téguments, de disséquer la mamelle et d'extirper les ganglions axillaires; Volkmann, puis Verneuil insistèrent sur la nécessité d'enlever l'aponévrose du grand pectoral et les fibres superficielles de ce muscle. Halsted et Willy Meyer furent les premiers à conseiller l'extirpation du grand pectoral et même des deux pectoraux d'une façon systématique.

M. Le Dentu n'est pas partisan de cette méthode, il repousse les grands délabrements, mais enlève cependant une partie du grand pectoral si cela est nécessaire; il recommande l'autoplastie qui permet de recouvrir les parties que n'a pu combler le rapprochement des lambeaux. Il conseille également le drainage, et pour le pansement, au lieu de rapprocher le bras du tronc, le place en abduction à 50 ou 60 degrés environ.

Le point sur lequel il insiste, c'est la précocité de l'intervention, car on pourra alors se contenter d'extirper largement la glande, les ganglions axillaires, une partie du grand pectoral, et cela avec de bons résultats; l'auteur rapporte des observations de survie variant de 1 an à 13 ans. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le lactate de mercure. Son emploi dans le traitement de la syphilis

Par MM. Gaucher, Lextrait et Gandillon

J'ai déjà insisté à plusieurs reprises, dans diverses communications sur la supériorité des sels mercuriels solubles, comparés aux sels insolubles, dans le traitement de la syphilis. Jusqu'ici les principaux sels mercuriels solubles dans l'eau, employés en thérapeutique, étaient le bichlorure de mercure, le peptonate de mercure et le benzoate de mercure. Le bichlorure de mercure est très irritant; le peptonate de mercure et le benzoate de mercure sont très difficiles à préparer. Ce dernier, d'ailleurs, n'est soluble que par son association avec le chlorure de sodium ou avec le benzoate d'ammoniaque. Cependant, c'est à ce dernier sel que j'avais donné la préférence, parce qu'il m'avait semblé moins irritant que les autres.

Mais, quoique supérieur aux autres préparations mercurielles solubles, le benzoate de mercure a quelques inconvénients, en dehors même de la difficulté de sa préparation. Il ne peut se conserver que quelques mois et sa teneur en mercure est assez faible, beaucoup plus faible que celle du sublimé; on est donc obligé d'en administrer une assez forte dose : 2 centigrammes par jour en injection sous-cutanée.

Depuis longtemps je désirais trouver un sel mercuriel soluble qui remplît les conditions suivantes :

1° D'être un sel à acide organique;

2° D'être d'une préparation facile et d'une stabilité indéfinie;

3° D'être peu irritant et, par suite, peu douloureux en injections sous-cutanées;

4° D'être assez riche en mercure pour permettre de n'en injecter chaque jour que 1 centigramme.

Or, ce sel, nous croyons l'avoir trouvé : c'est le *lactate neutre de mercure*, dont la préparation est due à M. Lextrait, pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine, et à M. Gandillon, interne en pharmacie de mon service.

Le lactate de mercure contient moins de mercure que le sublimé, mais il en renferme notablement plus que le benzoate.

Voici, d'ailleurs, d'une façon précise, la teneur en mercure des principaux sels mercuriels employés en thérapeutique pour un gramme de sel :

Pour le protochlorure....	0 gr. 849
— bichlorure.....	738
— protoiodure.....	6116
— biiodure.....	4405
— cyanure.....	793
— benzoate.....	452
— LACTATE.....	529

Le lactate de mercure est facile à préparer; il s'obtient en dissolvant l'oxyde rouge de mercure dans l'acide lactique suffisamment dilué (au dixième environ).

Nous recommandons d'employer l'acide lactique très pur, car celui du commerce renferme généralement des traces d'acide sulfurique, donnant des sels insolubles qui augmentent les déchets de la préparation. Il importe d'ajouter un excès notable d'oxyde de mercure afin d'assurer la saturation, en se souvenant que la dissolution ne se fait pas très rapidement.

La liqueur doit être portée à l'ébullition.

Nous filtrons la solution obtenue et nous commençons l'évaporation à feu nu. Nous ne saurions trop recommander de mener l'opération prudemment, si l'on ne veut avoir à subir quelques mécomptes.

Digitized by Google

La solution se trouble alors et jaunit. Nous filtrons de nouveau pour obtenir un liquide qui renferme la portion soluble du sel, le lactate neutre ; il reste sur le filtre un précipité insoluble, de couleur jaune soufre pâle, formé probablement d'un lactate basique et de quelques sels provenant des impuretés de l'acide lactique employé, si l'on s'est servi de celui du commerce, comme celui qui était à notre disposition dans nos essais.

On évapore la solution obtenue à l'étuve à vapeur d'eau (à 100 degrés). Quand le sel commence à cristalliser, on le reprend par la quantité d'eau distillée nécessaire et suffisante pour le dissoudre. On opère une nouvelle filtration pour éliminer les portions insolubles du sel et on évapore à nouveau à température suffisamment basse (dans le vide, si possible) jusqu'à complète cristallisation.

« Le lactate de mercure, dit Wurtz, cristallise en prismes brillants, groupés concentriquement et s'effleurissant facilement. L'alcool bouillant le dissout à peine et ne le décompose pas. »

Il est bon de conserver le sel à l'abri de l'air et de la lumière, autant que faire se peut.

La dissolution du lactate neutre de mercure dans l'eau distillée se fait directement, immédiatement et sans l'aide d'aucun adjuvant. La solubilité en est parfaite. Nous en conservons pour l'usage de notre service une solution au trentième, que nous ramenons ensuite au titre demandé (au millième ou au centième). Cette solution reste limpide et ne subit, avec le temps, aucune altération.

Après plusieurs expériences sur les animaux, dont l'exposé n'aurait aucun intérêt et qui avaient simplement pour but de nous assurer de l'innocuité de notre préparation aux doses habituelles usitées en thérapeutique, nous avons employé le lactate neutre de mercure *en solution au centième, en injections sous-cutanées*, à la dose quotidienne d'un centigramme de sel ou d'un centimètre cube de solution aqueuse. Cette préparation non seulement n'est pas caustique, mais elle n'est pas irritante ; elle est très bien supportée par les malades et son efficacité est la même que celle du sublimé, du peptonate de mercure et du benzoate de mercure, dont nous nous servions antérieurement. Pour les sujets très sensibles, on pourrait ajouter à la solution une petite quantité de lactate de cocaïne.

Nous avons employé aussi le *lactate neutre de mercure par la bouche*, en solution aqueuse *au millième*, c'est-à-dire au même titre que la liqueur de Van Swieten, qui est une solution de bichlorure de mercure au millième. Or, tandis que la liqueur de Van Swieten est tellement nauséeuse et tellement désagréable au goût qu'on est habituellement obligé d'y renoncer, le lactate neutre de mercure, qui est déjà à peine sapide en solution au centième, est *complètement insipide en solution au millième*. Les médecins qui pensent, avec beaucoup de raison, qu'il y a avantage à prescrire les solutions mercurielles plutôt que les pilules et à les prescrire à doses fractionnées, trouveront dans la solution de lactate neutre de mercure au millième une préparation de choix, une préparation sans aucune saveur styptique, sans aucun goût et que les malades prennent facilement, sans aucune répugnance. La dose à prescrire est de 20 grammes par jour, dans une potion gommeuse, ou de quatre cuillerées à café, espacées à intervalles à peu près égaux dans la journée, chaque cuillerée à café dans un peu d'eau sucrée ou de lait.

En résumé, nous croyons que le lactate neutre de mercure est, de tous les sels mercuriels solubles, celui auquel on doit donner la préférence, dans la thérapeutique de la syphilis, qu'on l'administre par la voie sous-cutanée ou par la voie buccale.

Emploi du bromhydrate d'hyoscine dans le traitement des tremblements. — M. A. Robin a utilisé l'action sédative de l'hyoscine sur le système nerveux chez plusieurs malades atteints de tremblements divers : tremblement sénile, maladie de Parkinson, chorée. Quatre fois sur cinq, il a obtenu une amélioration très sensible par les injections sous-cutanées de bromhydrate d'hyoscine, à des doses variant de 0 gr. 0001 à 0 gr. 0005 par jour. Chez aucun malade, il n'a observé de phénomènes d'intoxication.

Au bout de quatre jours, chez un sujet atteint de maladie de Parkinson, le tremblement était notablement diminué ; l'attention et la volonté avaient beacoup plus de prise sur lui pour le maîtriser, et le malade put reprendre ses occupations. (*Soc. de Thérap., fév.*)

GYNÉCOLOGIE

De l'hémorrhagie rétro-placentaire d'origine traumatique. — L'hémorrhagie rétro-placentaire peut être due à plusieurs origines : l'albuminurie, la brièveté du cordon, l'hydramnios aiguë et le traumatisme. Certaines insertions vicieuses du placenta, en bas et en avant, coïncidant avec la présentation du sommet, peuvent agir dans le même sens. Elles provoquent, toutes ces causes, des décollements prématurés du placenta, lesquels se traduisent par les signes habituels : pâleur de la face, pouls fréquent, état général plus ou moins grave.

L'hémorrhagie rétro-placentaire d'origine traumatique, mise en doute par certains auteurs, vient d'avoir son histoire contée par M. André Lelong

Digitized by Google

(Th., Paris 1901). Le plus souvent, on note aussitôt après l'accident la disparition des mouvements du fœtus, le palper de l'utérus est douloureux à l'endroit où cet organe a été contusionné; parfois, mais non toujours, la paroi abdominale porte les traces d'une ecchymose. L'utérus plus développé qu'à l'état normal est très dur, en état de contraction permanente, de consistance ligneuse; tant que le travail n'est pas commencé, le col reste ferme et long; l'hémorrhagie peut même rester cachée et ne s'écouler par l'orifice du col et le vagin, à aucun moment; d'autres fois le sang sort de l'utérus tout de suite. L'évolution est variable. La mort peut survenir sans que le travail se déclare. Cette éventualité est rare. Plus souvent l'hémorrhagie provoque le travail, l'effacement du col se fait, l'orifice utérin se dilate et l'on sent la poche des eaux généralement intacte et tendue.

L'expulsion se fait alors spontanément, soit que l'hémorrhagie ne se reproduise pas au moment de la délivrance, soit qu'elle se répète après l'expulsion du placenta. Tout cela n'est soumis à aucune règle. Dans le diagnostic, on éliminera tout d'abord la rupture utérine, la rupture du kyste fœtal dans la grossesse extra-utérine, l'insertion vicieuse du placenta; dans ce dernier cas, l'hémorrhagie se faisant en dehors, l'utérus n'est pas augmenté de volume et sa consistance n'est pas ligneuse.

On peut encore croire à un accident qui se produit assez fréquemment à la fin de la grossesse et au cours du travail. C'est la déchirure du sinus circulaire, surtout causée par la minceur de paroi de ce vaisseau qui se rompt à l'occasion d'un traumatisme minime ou d'un effort de toux. Mais cette complication se traduit par les signes qui ressemblent bien plus à ceux du placenta prævia, qu'à ceux du décollement du placenta normalement inséré. L'examen de l'arrière faix permet, du reste, de voir le caillot sanguin pénétrant dans le sinus circulaire déchiré, et d'éliminer ainsi rétrospectivement le décollement placentaire d'origine traumatique.

Avant d'incriminer le traumatisme, on écartera les autres causes d'hémorrhagie rétro-placentaire; (albuminurie par examen des urines, hydramnios aiguë avec quantités considérables de liquide amniotique, expulsé au moment de la rupture des membranes, brièveté du cordon, cette dernière reconnue au moment de l'expulsion du fœtus).

Le pronostic est surtout grave pour l'enfant; ce dernier succombe à peu près constamment. La mère réchappe souvent. Dans la statistique de la clinique Baudelocque, on relève 2 décès de la mère sur 31 cas.

Le traitement consiste, tout d'abord, en injections vaginales chaudes à 48°. Ce procédé est souvent insuffisant, l'action hémostatique de l'eau chaude ne pouvant pas toujours porter sur le placenta inséré loin du col de l'utérus.

Si ce moyen ne réussit pas, il faut pratiquer la rupture artificielle des membranes, qu'il convient, non pas de ponctionner, mais de déchirer largement.

L'application du ballon de Champetier, la dilatation manuelle rendront des services. Une fois la dilatation de l'orifice utérin étant complète, on recourt à une application de forceps si l'expulsion du fœtus se fait lentement, Le fœtus étant généralement mort, on pourrait également user du basiotribe. Cette dernière manœuvre, toutefois, qui ramène un enfant mutilé, risque d'être mal vue par la famille. Dans toute intervention, quelle qu'elle soit, le praticien cherchera à ne pas heurter les sentiments et les susceptibilités du milieu, si injustifiés paraissent-ils.

Si l'expulsion du placenta ne suit pas immédiatement celle du fœtus, il faut pratiquer la délivrance artificielle, intervention qu'on fera suivre d'une injection intra-utérine chaude. L'immobilité absolue, la tête basse, sera l'attitude et la position de la femme, dont on relèvera les forces, si besoin est, par des piqûres d'éther, de caféine, des injections de sérum (eau salée stérilisée à 7/1.000.)

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par la colchicine. — Un homme de 40 ans, sujet à de fréquents accès de rhumatisme goutteux, était parvenu à éloigner les crises par l'emploi quotidien, prolongé pendant plusieurs mois, de 4 à 6 granules de colchicine à 1 milligr. Il n'avait éprouvé aucun malaise à la suite de ce traitement; il avait toutefois chaque jour, depuis plusieurs mois, huit à dix selles aqueuses très abondantes.

Tout à coup, il tombe dans l'état suivant : hypothermie, nausées fréquentes, faiblesse des battements du cœur, anurie, diarrhée profuse (30 à 40 selles par 24 heures), secousses musculaires avec douleurs et crampes au moindre mouvement. L'idéation est bien conservée; il n'y a aucune inégalité pupillaire, ni embarras de la parole, mais de l'aphonie.

M. Mabille, qui rapporte ce fait (*Soc. de Thérap., fév.*), n'hésita pas à l'attribuer à un empoisonnement par la colchicine. Grâce à la suppression du médicament, aux injections de sérum artificiel, à l'usage de la spartéine et du régime lacté pour soutenir le cœur et ramener la diurèse, ces accidents purent être enrayés en 48 heures.

Cette observation montre que la colchicine ne doit pas être administrée d'une façon continue et qu'elle

Digitized by Google

peut donner naissance à des effets toxiques par accumulation. On ne devra pas l'administrer pendant plus de trois jours, aux doses progressivement décroissantes de trois, deux et un granules à 1 milligramme. On suspendra le médicament dès l'apparition de la diarrhée, premier signe d'accumulation de ce produit dans l'organisme, et on s'en abstiendra chez les artério-scléreux, où l'élimination rénale peut être insuffisante.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Discussion sur la chloroformisation. *(suite).* M. Panas. Les accidents du chloroforme ne sont pas dus à sa toxicité, car s'il en était ainsi, on les observerait non pas au début, mais à la fin des anesthésies, ce qui est exactement le contraire des faits constatés ; ils sont sous la dépendance d'un réflexe spastique du côté de la glotte, ou inhibitoire du côté du cœur.

Les vapeurs de chloroforme, mises en contact avec la glotte, provoquent un réflexe d'après lequel les cordes vocales se resserrent et empêchent toute pénétration d'air dans l'arbre aérien. De là, asphyxie malgré la persistance des phénomènes mécaniques de la respiration du côté du diaphragme et des côtes, puis arrêt du cœur. Cette syncope cardiaque est le premier accident que le chloroformisateur constate, et cependant les accidents n'ont pas débuté par elle, mais par l'arrêt de la respiration.

Ce qu'il faut toujours surveiller, c'est le libre fonctionnement de la pénétration et de la sortie de l'air chargé de chloroforme ou de tout autre agent anesthésique dans les poumons, et pour cela, il faut que le chloroformisateur ait l'oreille assez près du malade pour entendre distinctement le souffle respiratoire laryngo-trachéal.

De même que les cardiaques, les asthmatiques, les emphysémateux supportent parfaitement le chloroforme, alors qu'il n'en est plus ainsi de l'éther dont l'action congestionnante du poumon est démontrée.

Les seuls sujets qui réellement courent du danger et méritent une surveillance redoublée au début de l'anesthésie, sont les nerveux à réflexes intensifs, faciles à se produire et à se prolonger pendant un temps plus ou moins long. Chez eux, il faut pour ainsi dire, distiller goutte à goutte l'administration du chloroforme et la cesser non moins souvent, jusqu'à ce que le rythme respiratoire retrouve sa régularité parfaite.

M. Poncet, de Lyon. Le chloroforme est plus dangereux que l'éther ; toutes les statistiques en font foi. Sur 29.000 éthérisations, il compte une mort chez un enfant, à l'autopsie duquel on trouve de vieilles lésions cardiaques, plus accusées du côté des orifices.

L'éther ne donne pas lieu à la syncope primitive ou laryngo-réflexe du début, si soudainement mortelle, et relativement fréquente avec le chloroforme.

L'éthérisation simple c'est-à-dire avec l'éther seul, est préférable à l'anesthésie mixte.

Rien ne prouve, aucune statistique n'établit que des complications pulmonaires post-opératoires : bronchite, congestion, broncho-pneumonie, œdème du poumon, etc., soient dues à l'action irritante des vapeurs d'éther. Les pneumonies dites d'étherisation, de chloroformisation, sont, avant tout, des pneumonies d'infection.

Les accidents pulmonaires sont probablement aussi fréquents chez les opérés qui n'ont pas été endormis, que chez ceux qui ont été anesthésiés.

Il n'est pas exact de dire que la mortalité, après narcose par l'éther, dans les jours qui suivent l'opération, redevient la même que celle du chloroforme, qui tue pendant l'anesthésie sur la table d'opération. Cette opinion est d'autant moins justifiée, que les vapeurs du chloroforme, ainsi que le démontrent ses propriétés physiques, sont plus irritantes que celles de l'éther.

Les contre-indications anciennes, tirées de l'état de l'appareil respiratoire, restent les mêmes que par le passé. Comme les cardiopathies, les aortites, les lésions pulmonaires ne s'opposent pas absolument à l'éthérisation pour une opération longue et douloureuse ; mais l'anesthésie réclame, dans ces cas spéciaux, une surveillance extrême.

M. Duret, de Lille. L'expérience pratique montre qu'ordinairement l'administration du chloroforme, chez les cardiaques, n'offre pas de dangers graves. Le plus souvent, la traversée de la narcose s'accomplit chez eux sans accident.

Il n'y a de contre-indications relatives que celles qui ont été signalées par M. Huchard : asystolie accusée, dyspnée toxique, dégénérescence graisseuse, symphyse cardiaque, etc. Les cardiopathes, ayant des lésions prononcées, présentent assez souvent simultanément des contre-indications à l'anesthésie et à l'opération. A cause de leur tare organique, il ne faut les opérer qu'en cas de nécessité.

M. Delorme n'a perdu qu'un seul malade par le chloroforme ; or ce malade avait une insuffisance mitrale, démontrée par l'autopsie. Il ne saurait donc s'associer entièrement aux conclusions de M. Huchard, qu'il trouve trop optimistes.

Certes, si l'on ne doit plus refuser aux cardiaques l'anesthésie chloroformique pour les opérations graves, il est d'abord prudent d'employer chez eux les autres modes d'anesthésie pour les opérations légères. Quand on a recours au chloroforme, il y a lieu de faire bien entendre que les accidents à redouter, bien que très atténués par les précautions prises, sont plus à craindre chez les cardiaques que chez les malades ordinaires.

Si pour certains opérateurs, les chloroformisateurs spéciaux sont utiles, ils ne sont pas cependant indispensables. Un aide instruit, attentif, surveillé par le chirurgien, endormira tout aussi bien son malade.

Quant au chloroforme, il doit être chimiquement pur, récemment préparé, et conservé à l'abri de l'air et de la lumière. *(4 mars).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe. — M. Béclère. Quand on explore le thorax à l'aide des rayons de Rœntgen, on doit toujours préférer la radioscopie à la radiographie En effet, la vision directe des ombres portées sur l'écran fluorescent n'est pas préférable seulement parce qu'elle est plus rapide, mais encore parce qu'elle décèle les mouvements invisibles qui se répètent sans trêve dans la cavité thoracique et qu'elle montre les organes dans leur fonctionnement normal ou pathologique. Ces images vivantes sont impossibles à rendre par la radiographie.

Digitized by Google

Mais l'examen radioscopique ne sera complet que si le thorax, se présentant tour à tour de face, de dos, latéralement et obliquement à l'écran, est successivement traversé par les rayons de Rœntgen en diverses directions, tandis que, pour chacune de ces directions, l'ampoule est successivement placée à diverses hauteurs depuis le sommet de la tête jusqu'au détroit inférieur du bassin.

Cette technique spéciale a permis à M. Béclère de reconnaître un cas de sclérose pleurale interlobaire.

Ce n'est pas seulement l'épaississement fibreux des feuillets pleuraux de l'interlobe, ce sont les collections liquides séreuses ou purulentes enfermées dans sa cavité, ce sont les lésions congestives, œdémateuses ou inflammatoires du tissu pulmonaire avoisinant, limitées à la base des lobes supérieurs, qui pourront, à l'avenir, être plus sûrement diagnostiquées, à mesure que les images radioscopiques correspondantes seront mieux recherchées et plus exactement interprétées.

Traitement de la syphilis grave des centres nerveux par la méthode de Prokhorov. — M. Scherb, d'Alger. On sait que cette méthode employée par le Dr Prokhorov, de Yambourg, consiste à injecter le bi-iodure de mercure à doses massives, calculées d'après le poids du malade, soit 0 gr. 0003 de HgI^2 par kilogramme de patient. Ainsi un homme pesant 75 kilogrammes, recevra 75 × 0 gr. 0003 = 2,2 centigrammes de sel mercurique en une seule fois. Ces injections sont faites tous les dix jours, sans que le malade présente de phénomènes d'hydrargyrisme.

M. Scherb a expérimenté cette méthode dans trois cas de syphilis grave des centres nerveux que les traitements usuels n'avaient pu influencer, et en a obtenu des résultats satisfaisants, sans avoir observé de stomatite ni de phénomènes d'intoxication.

Atrophie infantile d'origine gastro-intestinale guérie par le lait stérilisé industriellement. — M. Variot présente un enfant de 28 mois, nourri jusqu'à l'âge de 11 mois par le lait de crèmerie à 5 sous le litre; il n'avait pour ainsi dire jamais cessé d'avoir la diarrhée et était tombé dans un état lamentable, réalisant le type de l'athrepsique de Parrot. Grâce à l'emploi judicieux du lait stérilisé industriellement, distribué au dispensaire de Belleville, il put en 18 mois remonter du poids de 4 kilogr. 160 à celui de 9 kilogr. 400. Il est aujourd'hui complètement guéri et présente l'aspect des enfants de son âge.

Le lactate de mercure, son emploi dans le traitement de la syphilis, — MM. Gaucher, Lextrait et Gandillon. Voir page 170. *(28 février)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la chloroformisation. — M. Tuffier. L'abaissement de la pression artérielle, qui succède immédiatement aux premières inhalations de chloroforme, explique les morts rapides du début de la chloroformisation, surtout lorsque les malades sont déjà en état d'hypotension artérielle par le fait, soit d'anxiété nerveuse excessive, soit d'une affection organique. Dans ces deux cas, il sera préférable d'employer l'anesthésie locale.

L'état du pouls doit donc être surveillé à chaque instant par le chloroformisateur, les modifications du pouls sont d'ailleurs le plus souvent annoncées par les modifications du rythme respiratoire; il sera donc aisé de les prévenir en interrompant ou en ralentissant la chloroformisation. L'état de la pupille ne procure que des renseignements incomplets et trompeurs, il en est de même des renseignements fournis par le réflexe cornéen. Leur examen fournit des résultats tellement variables suivant les sujets, qu'on ne peut en tirer aucune donnée certaine sur l'état du sujet, au point de vue de la narcose.

M. Potherat n'est partisan ni de l'injection préalable de morphine, ni des inhalations de bromure d'éthyle, qui n'augmentent pas la sécurité du chloroforme.

La meilleure méthode d'administrer le chloroforme est celle dite de Gosselin, ou méthode lente, progressive. Voici comment elle doit être mise en pratique :

Le malade reposant à plat, dégagé de tout lien pouvant gêner si peu que ce soit sa respiration ou sa circulation, est endormi hors de la salle d'opération, ou hors de la vue des instruments s'il doit être endormi dans la salle d'opération. Le chloroformisateur et le chirurgien l'encouragent par de bonnes paroles, lui montrent comment il doit respirer : par la bouche entr'ouverte, et en faisant de profondes inspirations. Le chloroforme est versé en petite quantité, sur un point de la compresse; celle-ci est approchée lentement, avec précaution, prête à s'éloigner si le malade se prête mal aux inhalations ou si l'odeur le suffoque. Puis elle revient et s'impose petit à petit ; lentement ou rapidement, suivant les cas, le malade s'habitue, il respire plus librement, plus largement ; le chloroforme est alors versé un peu plus abondamment et un peu plus souvent, mais la compresse s'éloigne encore fréquemment; pendant son application même, un doigt interposé entre elle et la bouche permet l'arrivée de l'air en même temps que des vapeurs chloroformiques. Il y aura ou il n'y aura pas d'agitation à ce moment, et l'agitation est certainement moindre avec la méthode lente et progressive qu'avec la méthode massive et intensive, mais bientôt tout rentrera dans le calme et la respiration deviendra tranquille, le pouls régulier, en même temps que la résolution sera obtenue. A ce moment le chloroformisateur soulève la paupière, touche légèrement la cornée. Si la paupière se ferme violemment, le chloroforme est continué toujours à petites doses, espacées; mais bientôt cette réaction elle-même cesse, le malade est bien et dûment endormi. A ce moment, l'aide enlève la compresse, qu'il se tient tout prêt à réappliquer après y avoir versé quelques gouttes seulement de chloroforme, dès que le contact de la cornée provoque une contraction des paupières et indique que la résolution va cesser. Celle-ci rétablie, la compresse est de nouveau enlevée. Et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'opération.

Dans ce *modus faciendi*, l'aide ne quitte jamais de l'œil le visage de son malade, il est constamment attentif à la respiration ; à chaque instant il interroge la cornée, et ne palpe le pouls que de temps à autre. Il est tout entier à son affaire et ne se préoccupe pas de l'opération. Par ses soins, le malade est dans une résolu-

Digitized by Google

tion suffisante pour assurer le calme nécessaire ; mais cette résolution est la limite minima ; elle cesse très vite si on ne donne plus de chloroforme, elle revient immédiatement avec quelques gouttes seulement de chloroforme.

L'aide qui procède ainsi aura toujours à sa disposition une pince à langue, mais fera en sorte de n'avoir jamais à en faire usage. Car lorsque la langue retombe en arrière, c'est que la dose du chloroforme a été forte, sinon excessive; le malade est à ce moment à cette limite extrême de tolérance qu'on ne doit pas normalement atteindre, encore moins dépasser. La pratique qui consiste à prendre la langue au préalable, est détestable. On impose au malade des souffrances qu'il vaut mieux lui éviter et on se prive de l'indication que fournit la chute de la langue pour montrer qu'on est à la limite extrême de la tolérance chloroformique. La propulsion en avant des mâchoires inférieures doit toujours être suffisante pour rétablir un rythme respiratoire régulier, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux tractions rythmées de la langue.

En procédant ainsi, on met un peu plus de temps pour obtenir la résolution du malade, mais qu'importent, en pareille matière, cinq ou même dix minutes, si les choses doivent mieux marcher? En outre, l'aide ne dépensera qu'une petite quantité de chloroforme. Avec 25 ou 30 grammes de chloroforme par heure, il obtiendra et maintiendra une résolution très suffisante. *(19 février).*

Sur la chloroformisation (suite). — La discussion qui se poursuit à la Société de chirurgie confirme l'exactitude de l'opinion défendue par M. Huchard, à l'Académie : l'innocuité du chloroforme chez les malades atteints de certaines affections du cœur surtout, de lésions orificielles bien compensées, son danger très grand dans les asystolies.

Ainsi, pour M. Bazy, la lésion orificielle n'est rien, seul l'état du myocarde importe. Il faut de plus tenir compte de la susceptibilité individuelle des sujets envers le chloroforme; on conçoit très bien que ce médicament puisse agir sur certains organismes comme un véritable poison. Cette influence se fera d'autant plus sentir qu'on se trouvera dans des conditions plus défavorables, soit de ventilation pulmonaire, soit de dépression morale ou de déchéance physique.

Avec M. Moty, nous abordons un point spécial de la question : le traitement de la syncope respiratoire. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la ligne de conduite à tenir. M. Moty n'a retiré aucun avantage des tractions rythmées de la langue, combinées avec la respiration artificielle. Dans une alerte avec arrêt de la respiration, puis du pouls, seules des frictions énergiques sur la partie profonde du larynx provoquèrent le reflexe inspirateur, puis le retour des mouvements respiratoires.

M. Michaux déclare au contraire les tractions rythmées très supérieures à la respiration artificielle pour lutter contre les accidents chloroformiques. Le malade étant au bout de la table, la tête légèrement tombante, l'aide tire la langue du patient lentement et bien à fond; huit à dix tractions sont en général suffisantes pour faire revenir les malades à eux.

MM. Poirier et Schwartz protestent contre le plaidoyer de M. Michaux en faveur des tractions rythmées de la langue. Sans doute ce moyen peut être utile dans certains cas, surtout chez le nouveau-né; mais il est insuffisant dans la plupart des alertes chloroformiques ; le plus souvent la respiration ne se rétablit qu'après qu'un aide vigoureux a fait quelques mouvements de respiration artificielle. Il faut donc se garder de perdre un temps précieux par les tractions rythmées de la langue, et avoir de suite recours à la respiration artificielle, qui seule peut faire pénétrer l'oxygène sauveur jusqu'aux alvéoles.

Fibrome de la région pylorique. — M. Poirier. Il s'agit d'une femme de 58 ans, cachectique, présentant tous les symptômes fonctionnels d'un cancer du pylore, sans que la tumeur ait pu être nettement affirmée d'après les données fournies par l'examen direct. Après laparotomie, M. Poirier trouva, non sans difficulté, une petite tumeur du volume d'un gros noyau de cerise, logée dans la paroi antérieure de l'estomac, non loin du pylore, qu'il enleva, puis sutura la plaie gastrique. Les suites de cette opération furent simples ; la malade est aujourd'hui en voie de guérison. Cette petite tumeur, constituée par un fibromyome, déterminait un spasme pylorique, suffisant pour provoquer une dénutrition rapide, enrayée par l'opération.

Séparation de l'urine des deux reins. — M. Hartmann fait un rapport sur un cathéter spécial, imaginé par M. Luys, et destiné à extraire séparément dans la vessie, l'urine des deux reins. *(26 février).*

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*11 mars*).

Et le chloroforme? Et l'éther ? Il est vraiment regrettable qu'une fois commencée la discussion soit coupée de communications diverses avant que des conclusions fermes aient été énoncées. M. Marty a pu, aujourd'hui, seul prendre la parole ; il nous a entretenus de la valeur et de la pureté habituelle du chloroforme. Cela est fort bien; seulement, le praticien demande encore autre chose. Une fois pour toutes, il voudrait être renseigné. Lequel vaut le mieux de l'éther et du chloroforme? Le problème n'est pas si ardu qu'il ne puisse être résolu aisément, si les partisans respectifs des deux méthodes, laissant de côté toute prévention et toute question d'amour-propre, veulent bien ne se laisser inspirer que par un examen attentif et impartial des faits.

En attendant que la lumière s'impose, nous avons eu deux communications. Dans l'une, M. Lancereaux nous montre comment les dyspeptiques meurent subitement ; dans l'autre, M. Albarran nous raconte comment les prostatiques guérissent.

Digitized by Google

La mort par syncope, selon M. Lancereaux, n'est pas rare dans les dyspepsies, et il est difficile de la rattacher parfois à une autre cause qu'à l'état gastrique; trop souvent on invoque la myocardite, alors que le cœur est sain, et que tout le mal ne vient que d'une inhibition brusque des centres respiratoires et circulatoires, chez des dyspeptiques particulièrement impressionnables.

M. Albarran enlève la prostate à ses vieux urinaires. Jusqu'aujourd'hui il a opéré 31 malades; le succès constant est d'autant plus remarquable, que certains de ses opérés, d'un âge déjà avancé, l'un avait 74 ans, étaient déjà malades depuis dix ans. L'opération, qui est la prostatectomie périnéale, une fois terminée, les forces reviennent, la suppuration vésicale s'arrête, et la suppuration rénale, si le rein a été touché, s'atténue généralement. Quant à la miction elle s'opère naturellement, et la sonde n'est plus nécessa re.

On se souvient des plaintes qui, il y a quelques mois, avaient accueilli la quarantaine imposée aux passagers du Frioul. Les locaux étaient étroits, le personnel restreint, les provisions de sérum antipesteux insuffisantes. Il y avait quelque apparence de raison dans ces critiques. Tout n'était pas pour le mieux au Frioul : seulement, les griefs des passagers étaient quand même émis en termes empreints d'exagération. Il faut pardonner à ces récriminations de touristes en mauvaise humeur.

On voyage pour se distraire, non pour se soumettre à des quarantaines. Le lazaret le mieux installé, en semblables conditions, devait paraître forcément dépourvu de confort. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Le cancer du sein. Etude clinique et statistique, par le Professeur Le Dentu. 1 vol. chez Baillère.

Dans ce travail essentiellement pratique et tout personnel, l'auteur expose ses résultats opératoires et ses idées relativement au traitement chirurgical du cancer du sein. Il montre par l'étude de faits nombreux que l'intervention doit être large et précoce ; à ces deux conditions, on obtiendra des résultats satisfaisants

Ce travail est des plus intéressants et des plus instructifs, il sera lu avec fruit par tous ceux qu'intéresse la chirurgie.

Les limites de la biologie, par le Dr J. Grasset, (1) professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut.

C'est avec raison que M. le Pr Grasset estime que l'étude de la neurologie a droit d'étendre son domaine. Si un professeur de maladies nerveuses doit rester attaché à la partie physiologique et clinique de son programme, il ne lui est nullement interdit d'aller au-delà et de formuler son avis sur les divers problèmes philosophiques et moraux qui occupent l'attention de ses contemporains.

Dans ce nouveau volume : *Les limites de la biologie*, M. le Pr Grasset établit les lignes de démarcation qui séparent la biologie et lui réservent un monde bien à elle, loin des autres sciences. La biologie n'a rien à démêler avec les sciences physicochimiques, la morale, l'esthétique, la psychologie, la métaphysique, la théologie. Toutes ces sciences ont leurs frontières bien limitées et la psychologie n'empiète pas sur elles. En ce qui concerne la théologie, il faut cesser d'opposer la science et la foi. Ce sont là deux manifestations de la connaissance qui n'ont rien à démêler l'une avec l'autre, chacune découlant d'nue source différente, la première, de la raison, l'autre, du sentiment.

Le livre de M. Grasset est intéressant et témoigne de lectures étendues et solides. Certains points en pourraient être discutés, notamment la continuité du fossé qui isole la biologie. Est-il bien sûr que la jonction ne s'opère pas par bien des endroits ?

Pareils doutes dont l'absence de place ne nous permet pas de développer la raison, n'atteignent toutefois en rien le fond de l'ouvrage qui demeure de haute portée et gagnerait seulement dans une prochaine édition, laquelle ne tardera certainement pas, à être allégé d'un certain nombre de citations.

En s'effaçant derrière des autorités multiples, M. le Pr Grasset fait preuve d'une modestie sans égale. Il a droit, même dans ces questions de philosophie, de prendre place au premier rang, sans être tenu de laisser avec une telle générosité la parole à autrui.

La lutte contre la tuberculose. — Extrait de la *Gazette des Eaux*, par le Dr Léon Leriche, directeur-fondateur du sanatorium de Remy-sur-Loire.

M. Léon Leriche est un apôtre convaincu et éloquent à la fois, des réformes sociales. Il sent que dans notre société soi-disant civilisée, des abus excessifs trouvent jour. N'est-il pas indigne qu'un tuberculeux, du jour où il est malade, soit rejeté de droite et de gauche et d'hôpital en hôpital, comme un colis encombrant? Il lui faut des sanatoriums pour guérir et des colonies sanitaires pour se rétablir. Que sa guérison soit reconnue impossible, au moins qu'on ne l'abandonne pas à son lamentable sort. En lui ouvrant un asile pour mourir, la Société aura fait son devoir. S.R.

Cinquième session de l'Association française d'Urologie. (Paris 1901). Procès-verbaux, mémoires et discussions publiées sous la direction du Dr Desnos, Secrétaire général. Un volume in-8° de 640 pages, avec 51 figures dans le texte. Prix : 8 fr. Octave Doin, éditeur.

Un grand nombre de lecteurs nous réclament les Mementos. Nous les prions d'excuser notre retard. Plus de cinquante mementos sont expédiés chaque jour et, pour éviter l'encombrement postal, il nous est difficile de faire davantage. Tous les abonnés recevront leur volume, et les derniers envois ne tarderont pas.

(1) Alcan, édit. *Biblioth. de philosophie contemporaine.* 1 vol. 2 fr. 50.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants au moment du sevrage*, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Finsinger.

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les suppurations péri-utérines

Par le Dr Just Lucas-Championnière,
hirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine

Rien de bizarre comme les modes en médecine. Il a vingt ans, sauf Gallard qui en avait soupçonné e rôle, on ne s'occupait guère des inflammations de ovaire. Aujourd'hui on ne voit plus qu'elles. 'rompes et ovaires, ce sont toujours les seuls cou- ables. Le phlegmon du ligament large ou de la osse iliaque est bien oublié. Et pourtant il existe ussi bien que les suppurations ayant l'ovaire et la rompe pour origine. Aujourd'hui je ne m'occupe- ai que de ces dernières.

Qu'elles aient été si longtemps méconnues, cette icune tenait à plusieurs conditions dont était res- onsable la chirurgie de l'époque. Avant Lawson ait, on n'ouvrait pas les ventres dans les lésions iflammatoires.

On ne voyait les pièces qu'à l'autopsie et alors ou lésion locale était indéchiffrable en raison de extension inflammatoire aux divers organes, ou en elle était si minime qu'elle passait inaperçue. n ovaire, une trompe n'ont pas le même aspect au urs d'une opération quand les pièces sont fraîches, lors d'une autopsie, alors que les tissus se sont jà rétractés. Un œdème des annexes, constatable cours de l'opération, peut fort bien disparaître bout de quelques heures, quand la mort a fait n œuvre. Quelques gouttes de pus continuent de agner dans un ovaire ou une trompe ; si l'attention est pas éveillée, l'examen de l'organe peut fort en ne pas les révéler.

Quand les malades guérissaient, ils ne montraient us tard et alors qu'ils avaient succombé à une autre iladie, que d'épaisses masses rétractées et adhé- ntes. Bernutz les baptisait du nom de péritonite. avait raison. C'était bien de la péritonite, mais nt l'origine demeurait méconnaissable. Comment, milieu de ce chaos de tissus cicatriciels, décou- r que l'ovaire ou la trompe avaient commencé le l ?

Les suppurations péri-utérines justiciables d'une lation complète, suivant leur localisation, peuvent e divisées en trois classes : 1° les salpingo-ova- es qui intéressent à la fois la trompe et l'ovaire; les ovarites qui n'atteignent que l'ovaire; 3° les pingites qui se localisent dans la trompe.

Les premières, j'entends l'association de la salpin- e et de l'ovarite, sont les plus fréquentes. Elles se nifestent sous forme d'une double lésion baignant s le pus : 1° des lésions d'œdème. Les tissus sont ramollis, engorgés ; pressez-les dans la main, vous les exprimez comme une éponge et le volume en est diminué ; 2° des lésions de parenchyme. Elles se traduisent surtout par des bourgeonnements charnus et le développement de fongosités qui peuvent obstruer la trompe et la ferment complètement pour l'ordinaire vers ses deux orifices, l'utérus et le péritoine.

Ce n'est pas à dire que la trompe et l'ovaire soient toujours atteints avec la même intensité. Le fait existe, les deux organes sont infiltrés de pus, mais il en peut être autrement.

La trompe, tout en étant atteinte par le pus, peut laisser l'ovaire indemne, ce dernier étant simplement gros et œdématié. Cette particularité est assez rare ; elle s'observe surtout dans deux conditions principales, la tuberculose et les infections puerpérales. J'ai opéré une femme dont les deux trompes étaient transformées en poches purulentes, l'ovaire étant sain. C'étaient deux masses tuberculeuses.

Tantôt, au contraire, c'est l'ovaire qui est purulent et renferme des abcès très fétides, la trompe restant normale. Ce dernier fait semble étrange. Dès que l'inflammation pénètre par l'utérus, comment la trompe ne souffre-t-elle pas du passage des agents infectieux, en sorte que l'ovaire est seul frappé? A cela plusieurs raisons.

D'abord l'infection est de source multiple, elle peut même être étrangère à l'utérus. L'intestin parfois lui donne naissance; une appendicite peut provoquer une suppuration ovarienne; au moment d'une intervention chirurgicale, on a pu voir l'appendice collé sur l'ovaire. L'origine intestinale de ces suppurations se révèle encore bactériologiquement.

Le pus des suppurations péri-utérines est souvent stérile et ce fait explique la possibilité des guérisons spontanées qui permettent à des malades de se remettre sans opération, en dépit des prédictions pessimistes des chirurgiens ; ce pus renferme dans d'autres cas des éléments septiques de divers ordre : streptocoques, staphylocoques, gonocoques, pneumocoques. Mais il contient aussi des colibacilles et cela quand l'intestin est la cause première du mal.

Voilà une raison, cette origine intestinale, qui explique l'intégrité de la trompe quand l'ovaire est suppurant. Il en est une autre plus certaine. L'inflammation de l'utérus à l'ovaire ne s'opère pas habituellement par la trompe; elle ne le pourrait guère, l'orifice utérin de la trompe étant bouché comme nous l'avons vu et traduisant par cette occlusion sa réaction première contre l'inflammation. Si la trompe était la voie de propagation des agents septiques, on la devrait surtout trouver touchée dans les grosses inflammations utérines, celles qui

Digitized by Google

atteignent le corps de l'organe, le transforment en une sorte de sac à pus.

Il n'en est rien ; ces inflammations du corps de l'utérus n'ont pas grande tendance à la propagation ; ce sont les lésions du col qui sont fréquemment à redouter ; une simple érosion superficielle, un examen, une cautérisation pratiqués dans des conditions d'antisepsie douteuses suffisent : l'orage éclate. Les annexes se prennent. Vous en demandez la raison ? Elle est simple. C'est que la propagation inflammatoire n'effectue pas son parcours le long de la muqueuse tubaire ; elle choisit une autre route et celle-ci est constituée par les voies lymphatiques. Les lymphatiques entourent en effet le col de l'utérus d'un réseau très riche et où va aboutir ce réseau ? Au voisinage du pavillon de la trompe et à l'ovaire, c'est-à dire vers l'endroit où les suppurations sont le plus fréquentes.

Pendant que je suis sur ce chapitre des rapports de l'inflammation utérine avec celle des trompes, je désirerais attirer votre attention sur quelques particularités de pratique qui intéressent pareil sujet.

Je vous ai dit que l'orifice de la trompe était obturé. Comment expliquer, en raison de ce fait, l'intervention proposée par des gynécologues ? Ils opèrent le curettage de l'utérus pour vider les trompes. Illusion toute gratuite, puisque le canal tubaire est fermé.

D'autre part, j'entends souvent des confrères insister, quand une femme a des pertes blanches, sur la nécessité de traiter celles ci, pour éviter une propagation toujours possible aux annexes. Rien de plus faux ; d'abord l'infection ne se propagerait pas aux annexes, et ensuite, dans le cas présent, il ne s'agit pas d'une infection. Les pertes blanches ne sont pas nécessairement infectieuses. Toutes les femmes ont des pertes blanches dans les jours qui suivent leurs règles. Peut-on appeler infectieuse une manifestation physiologique ? A la ménopause, les écoulements leucorrhéiques sont fréquents. Que signifient-ils ? Congestion utérine qui fait suite ou qui remplace les règles, pas autre chose. Donc accident plutôt favorable puisqu'il dégorge un organe congestionné. Traitons la congestion par des laxatifs, le repos, des lavements chauds ; à l'occasion pratiquons une saignée ou appliquons des sangsues. Les pertes blanches disparaîtront plus aisément qu'avec toutes les interventions opératoires intempestives qu'on a dirigées contre elles.

Relativement à la cause des suppurations péri-utérines, j'aurai à dire un mot qui me sépare, ainsi que pour la question des pertes blanches, de l'opinion généralement admise.

Parce qu'on a trouvé le gonocoque dans le pus, on a déclaré que les suppurations péri-utérines étaient presque toujours d'origine gonococcique. Il y a là et dans cette conception, une généralisation erronée. Sans doute le gonocoque produit la salpingo-ovarite, mais celle-ci peut relever de bien d'autres causes et plus fréquentes.

Si le gonocoque devait toujours produire la salpingo-ovarite, où trouverions-nous cette dernière? Chez les filles publiques ; or celles-ci sont le plus souvent indemnes, ou du moins offrent-elles la complication des annexes bien plus rarement que les femmes de la ville. Ces dernières sont souvent atteintes, mais surtout en suite de l'accouchement. Ce qui me fait penser que la salpingo-ovarite est plus fréquemment une conséquence puerpérale qu'une complication gonococcique. Ajoutons l'origine intestinale dont nous avons parlé plus haut et qui certainement se montre plus fréquemment qu'autrefois, et nous aurons les trois grandes causes des inflammations des annexes.

Le pronostic de ces affections est très variable. Lawson Tait estimait l'opération indispensable pour amener la guérison. C'est une erreur et qui a porté préjudice à bien des réputations médicales.

Les suppurations péri-utérines guérissent spontanément, soit parce que le pus est stérile, soit parce qu'il trouve une évacuation par une voie commode, telle que l'intestin. Seulement c'est un luxe de s'accorder une guérison médicale et qui n'est pas à la portée de toutes les bourses. De longs mois, parfois des années sont nécessaires. Toutes les femmes ne peuvent se permettre une maladie aussi longue. Dans la classe pauvre, il est impossible de ne pas opérer, et chez les riches il vaut mieux ne pas attendre trop longtemps.

Lawson Tait conseillait d'enlever les deux ovaires; je pense qu'il vaut mieux faire l'ablation de l'ovaire le plus malade et attendre pour l'autre. Que ce dernier ne soit que tuméfié et entouré d'adhérences inflammatoires, il peut se remettre et la femme peut avoir encore des enfants, comme j'en ai vu plusieurs cas.

Quand les accidents deviennent menaçants par atteinte trop profonde de l'état général, il faut opérer. Mais comment ?

Avant tout, n'usez jamais de la méthode de M. Laroyenne. Elle est détestable. Elle consiste, quand on présume l'existence d'une poche purulente qu'aucune fluctuation précise ne vient révéler, elle consiste à plonger aveuglément un bistouri dans la direction de l'ovaire. L'intestin a été perforé dans semblables conditions et même quand l'abcès a été atteint et que le pus coule, la cause de la maladie n'étant pas atteinte, la suppuration peut se prolonger pendant des mois. Dans les cas heureux, un résultat

Digitized by Google

rapide n'est pas atteint; dans des cas malheureux, c'est la mort.

La voie vaginale d'abord employée pour inciser non seulement l'abcès, comme dans le triste procédé dont je viens de vous parler, mais pour enlever l'utérus totalement me paraît moins indiquée qu'autrefois. C'est surtout la voie abdominale qui me paraît devoir être utilisée.

J'ouvre le ventre sans renverser la malade, la tête en bas, comme font certains chirurgiens. La position déclive de la tête risquerait, au cours d'une ouverture d'abcès, de faire couler le pus par en haut, et c'est là une éventualité que je préfère éviter.

Le ventre et le péritoine ouvert, il s'agit de trouver l'utérus. Ce n'est pas toujours commode, des adhérences épaisses le couvrant et le dissimulant au toucher. Détachons ces adhérences, mais avec précaution, certaines d'entre elles étant attachées à l'intestin, et risquant à la suite d'une traction trop brutale, de déchirer celui-ci.

Cherchant ensuite les angles de l'utérus, on descend le long de l'organe à la recherche des annexes. Celles-ci fusionnées, déviées n'apparaissent pas tout de suite. Il faut de la patience. Quand on les a trouvées, il s'agit de passer sous elles et de les détacher. Attention à ce moment que le foyer purulent n'éclate pas sous la main. S'il s'ouvre, il n'y a qu'à nettoyer avec la solution phéniquée forte au 1/20 et à retourner la malade quand la poche est vidée.

Les adhérences les plus ennuyeuses sont celles du petit intestin. Par la voie vaginale, surtout, il était difficile de les ménager. Les adhérences avec l'épiploon sont plus favorables; on peut sortir l'épiploon, cela fait de la place au champ opératoire. Avec le gros intestin, les adhérences s'observent assez souvent, l'abcès se dirigeant volontiers vers le gros intestin; la fusion des parois peut déjà s'être opérée quand on intervient pour l'ablation.

Au moment de l'ablation, je place 3 fils, parfois 4, sur le pédicule ovarien; quant au drainage, après l'avoir abandonné tout d'abord, j'ai dû y avoir recours, à la suite de quelques échecs. Je le pratique à l'aide d'une masse de gaze iodoformée qui parfois contient un drain. Cette masse peut rester en place 4, 5, 6 jours.

En général, les résultats sont satisfaisants. J'ai opéré 27 ablations de suite, sans une mort; aujourd'hui, avec 63 opérations je compte 10 décès, qui tiennent, les uns à l'état particulièrement grave, souvent désespéré des malades; un autre à un accident par le chloroforme chez une femme qui présentait un œdème des deux poumons et de la tuberculose.

Quelques malades, j'ai dû les opérer une seconde fois, en ce sens que l'infection se reproduisant, j'ai rouvert le ventre et l'ai nettoyé, soit avec de l'eau phéniquée forte, soit avec de l'eau oxygénée.

Dans cette leçon, j'ai tenu à vous mettre au courant de certaines idées qui me sont personnelles : celles surtout sur le danger des petites érosions du col et le rôle décongestif des pertes blanches pourront vous être utiles dans la pratique.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur les mélanodermies phthiriasiques

Par le Dr Paul Fabre (de Commentry)
Membre correspondant de l'Académie de médecine

A propos d'un cas type de mélanodermie phthiriasique que je viens d'avoir l'occasion d'observer, je voudrais résumer les caractères distinctifs de cette affection sur laquelle j'ai attiré le premier, je crois, l'attention en 1872, dans ma thèse inaugurale (1). Cette affection est des plus rares, puisqu'en dehors de quatre cas que j'avais vus dans les hôpitaux de Paris, au cours de mes études médicales, je n'en ai rencontré dans ma pratique personnelle que deux autres cas, durant une période de 29 ans, dans un milieu propice et sur une clientèle assez étendue.

Du premier cas, j'en ai communiqué l'observation à la *Société des sciences médicales de Gannat*, en 1878. Il s'agissait d'un journalier de Commentry, ancien soldat d'Afrique, âgé de 60 ans, et qui menait la vie la plus irrégulière et la plus misérable (2).

Le deuxième cas, je viens de l'observer dans la seconde moitié du mois de mars dernier, chez un homme pour qui j'ai signé un billet d'admission à l'hôpital de Commentry, sur la demande du maire de Malicorne, commune dans laquelle il était tombé malade. On le fit donc enlever, pour l'amener à l'hôpital, du hangar dans lequel un fermier l'avait autorisé à se coucher, et où il était resté souffrant pendant quatre jours.

Obs. — *Mélanodermie et phthiriase chez un vieillard. — Catarrhe bronchique. — Excoriation des jambes. — Plaies aux talons. — Prurigo généralisé.* — Mort 36 heures après son entrée a l'hopital.

Le nommé E. B..., né à Buxières-les-Mines, âgé de 75 ans, est ce qu'on appelle vulgairement un *chemineau* et dans le Bourbonnais, un *roulant*. Il serait cependant d'une famille relativement aisée, d'après les renseignements que j'ai recueillis Il est depuis longtemps connu, paraît-il, dans les communes voisines qu'il parcourt en mendiant. Il aurait même l'habitude d'a-

(1) *Des mélanodermies et en particulier d'une mélanodermie parasitaire*, Paris, Jb.-Baillière et fils, éditeurs.

(2) On trouvera la relation de ce fait dans une brochure intitulée du *Rôle des parasites animaux dans la pigmentation cutanée à propos d'une observation de mélanodermie phthiriasique*, in-8 de 12 pages, Paris, Delahaye, 1879.

Digitized by Google

dresser des menaces et des injures à ceux qui refusent de lui donner une aumône, et pour ce fait a été mis plusieurs fois en prison. Ce vagabond de profession venait d'être conduit en voiture à l'hôpital de Commentry, le lundi 18 mars à 1 heure, et, depuis la grille, jusque dans les salles, il avait été porté à bras par l'infirmier aidé d'un autre homme, lorsque j'arrivai pour l'examiner. On commençait à le déshabiller dans un cabinet isolé (car on avait aperçu, en l'aidant à descendre de la voiture qui l'amenait, des poux en foule grouillant sur ses vêtements). Sa veste et son gilet en loques étaient par terre au moment où j'entrai ; mais, dès la porte, je voyais déjà, se détachant sur la blancheur cependant fort douteuse de sa chemise, percée d'ailleurs en maints endroits, une multitude d'énormes poux se promenant à tort et à travers. Ces animaux sont remarquables par la grosseur et surtout la longueur de leur corps. L'infirmier lui-même le fait observer, et, ancien militaire, il rappelle qu'il n'en a vu de pareils qu'en 1870 et en 1871. (Premièrement, après la capitulation de Sedan, où il avait été blessé, puis durant le second siège de Paris, à Sèvres, où campa son régiment, dans les ateliers de la manufacture Nationale, succédant à des soldats allemands). Ce sont bien là les *pediculi corporis* avec leurs caractères différentiels des poux du cuir chevelu et de ceux du pubis.

Notre homme s'impatiente cependant sur la chaise où on a commencé de le déshabiller, pendant qu'on lui prépare un grand bain. Il réclame à boire ; je lui fais donner un petit verre de rhum qu'il boit avec avidité. Ce miséreux porte les cheveux assez longs et toute sa barbe. Elle est grise comme les cheveux ; mais dans les cheveux, on n'aperçoit guère de poux non plus que de lentes. Il en existe dans la barbe un assez grand nombre. Mais c'est surtout le reste du corps qui fourmille de ces animalcules. En faisant relever sa chemise, je constate que la peau de tout le tronc est d'une teinte générale d'un brun très foncé, *terre de sienne brûlée*, avec de nombreuses plaques noirâtres plus ou moins arrondies. Dans le milieu du dos, au-dessus de la ceinture, il y a une vaste surface rectangulaire, formant presque un carré d'environ vingt centimètres de côté, mais un peu plus longue dans le sens vertical, qui tranche par sa couleur plus foncée sur les régions avoisinantes. Ici, la peau a une couleur bistre, presque noire. Sur les épaules et sur le devant de la poitrine, on voit un grand nombre de papules de prurigo, noirâtres, la plupart excoriées à leur sommet ou à leur centre. Un peu partout et dans des sens très divers, de longues traînées parallèles représentent l'action des ongles d'une main ayant arraché par un grattage énergique et récent les couches superficielles de l'épiderme. Je renvoie l'examen plus complet à demain, et je prescris une potion cordiale que le chemineau devra commencer à prendre au sortir du bain.

Le lendemain matin, à 10 heures, je trouve E. B... relativement propre. Il est couché dans une petite chambre à un lit, où il geint, émettant des plaintes à peu près incompréhensibles. Il respire difficilement et bruyamment. Cependant le bain de la veille et le nettoyage qu'il a subi, lui avaient fait grand plaisir. Il avait manifesté son contentement à l'infirmier et à la sœur de service. Il a mangé un peu, mais a toussé assez souvent la nuit. Il ne crache pas. Il a des démangeaisons, surtout au niveau des flancs, qui, ainsi que les fosses iliaques, présentent une teinte brun van Dyck ou bistre, et presque aussi foncée que celles du dos. Les parties saillantes des membres, les coudes, les genoux, sont relativement blanches, ainsi que le creux poplité, le pli de l'aine, le pli de la saignée, la face palmaire des mains, le cou-de-pied et les régions plantaires.

Au niveau des deux gros orteils, à la pulpe et au-devant de l'ongle, je constate la présence d'une plaque foncée de forme arrondie, d'une teinte sépia, comme un début de gangrène des extrémités. Les deux talons présentent chacun une ulcération transversale un peu profonde.

Le moignon de l'épaule présente également une plaque noire, plus étendue sur l'épaule droite. Les membres supérieurs comme les inférieurs ont la peau fortement pigmentée, mais un peu moins que le tronc. Aux bras et surtout aux avant-bras, la peau est sillonnée par des lignes plus claires, marquant l'action du grattage. Mais ce sont surtout les mollets qui sont le siège principal des efforts qu'a faits cet homme pour atténuer avec les ongles les démangeaisons qu'il y ressent. Aussi trouve-t-on de vraies excoriations, longues, quoique peu profondes. Quant à la face, elle semble avoir conservé sa teinte normale. Elle est d'un blanc pâle uniforme, sans macules. La nuque et le reste du cou ont une teinte plus brune que la face, mais bien moins foncée que la peau du tronc et que celle des membres (1). Les muqueuses accessibles à la vue ne m'ont montré aucune trace de pigmentation comme on en signale dans la maladie d'Addison.

Le malade semble avoir toute sa raison, il comprend mes questions et y répond. Mais ses réponses sont assez difficiles à saisir, car il y mêle des plaintes ; il est dans un tel état de faiblesse que je me retire en ne prescrivant que des toniques.

Le lendemain matin, 20 mars, on venait m'annoncer que E. B... était mort dans la nuit. Il avait mangé sa soupe à midi, puis avait commencé à délirer ; son pouls faiblissait vers cinq heures ; après avoir absorbé un peu de vin de quinquina, E. B... s'était remis à répondre aux questions qu'on lui faisait. Puis le délire, un délire calme recommença. La faiblesse alla s'augmentant, et il rendait, pour ainsi dire inopinément, le dernier soupir vers une heure du matin. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Remarques et réflexions. — Aussitôt après qu'Addison eut, en 1855, publié ses observations sur la *Maladie bronzée* (1), beaucoup de médecins tinrent à apporter leur contribution à cette étude.

Malheureusement un certain nombre présentèrent sous le nom de *Maladie bronzée* des faits qui ne se rapprochaient de la maladie décrite par Addison que par une coloration plus foncée de l'épiderme.

Et l'ivraie se mêla parfois dans une telle proportion au bon grain que certains auteurs, Eugène Landois (2), d'Hurlaborde (3) et autres et non toujours des moindres, tel le professeur Béhier lui-même (4), en arrivèrent à contester, et, bien plus, à refuser le droit d'existence à une individualité pathologique

(1) On sait qu'un des caractères distinctifs de la mélanodermie arsenicale est sa localisation à la nuque, ainsi que M. Gaucher le faisait observer, le 15 avril dernier, devant la *Société de Dermatologie*, à l'occasion d'une malade qu'il avait eue en traitement. (Voir le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1901, p. 173)

(1) *On the constitutional and local affects of diseases of the suprarenal capsules*, in-4° Londres, 1855.

(2) *Thèse de Paris*, 1866.

(3) *Thèse de Paris*, 1868.

(4) *Union Médicale*, 1872, n°s 46, 50 et 52.

Digitized by Google

cependant déjà bien nettement constituée (1).

Un sérieux travail d'analyse scientifique s'imposait.

Boucher de la Ville-Jossy, d'abord, devant la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, en 1861, rapporte deux faits qu'il distingue du mélasma surrénal, de la maladie d'Addison, en les attribuant à un état cachectique (2).

En 1864, M. Georges Pouchet, dans sa « Thèse sur les colorations de l'épiderme » (3) qui contient 11 observations, en a deux au moins qui ne sont autre chose que des cas de mélanodermie phthiriasique :

1° La septième observation. Il s'agit d'une femme de 60 ans qui entra à l'hôpital de Rouen, en 1861, infestée de poux ; présentant tous les caractères de siège et de couleur de la mélanodermie phthiriasique, morte quelques heures après son entrée, et à l'autopsie de laquelle on trouva un ulcère de l'estomac (4).

2° La onzième observation, relative à une femme de 68 ans, entrée également dans le service de Leudet en 1861, couverte de vermine, et qui, avec la coloration de la peau caractéristique, coloration qui avait débuté quatre mois avant, présentait aussi quelques taches bleuâtres de pigment à la voûte palatine. La pigmentation buccale avait disparu, le 5 septembre suivant, au moment où la malade rentra à l'hôpital. La mélanodermie, au tronc et aux membres, persistait (5).

(1) Martineau, lui aussi, dans sa thèse devenue immédiatement et trop tôt classique sur la *Maladie d'Addison* (Paris 1863), avait fait flèche de tout bois, et accueilli avec empressement des cas qui n'avaient de commun avec cette maladie que la pigmentation de la peau, témoin l'observation de Louise Doze que j'ai reproduite dans ma thèse et à son appui (voir observation VI, page 39.)

(2) *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 27 février 1861).

(3) *Thèse de Paris*, 1864.

(4) Voici la relation de l'autopsie :

Autopsie le 5 avril, après 29 heures. Temps humide. Pas de traces de putréfaction. Pas d'émaciation. La peau du corps offre à la vue deux colorations tout à fait distinctes et spéciales. La tête, à l'exclusion du cou, les mains jusqu'au dessus des poignets, les jambes jusqu'au dessus des genoux sont pâles. Le reste du corps est d'un brun foncé, plus foncé qu'un sujet mulâtre. Par places, sont des plaques saillantes encore plus foncées offrant un peu l'aspect de squames psoriasiques (psoriasis guttata) de 3 ou 4 millimètres de diamètre. Le ton de la couleur s'élève surtout au niveau des hypochondres et sur les hanches autour de la ceinture.

Ulcère simple de l'estomac à bords réguliers, large de 3 centimètres sur 2, bouché par le pancréas. Muqueuse de l'intestin boursouflée, fongueuse avec petites ulcérations hémorrhagiques (lésions de l'entérite chronique). Poumon œdématié. Cœur légèrement infiltré de granulations graisseuses. Utérus, foie, rate, reins, sains. Capsules surrénales saines.

Un lambeau de peau recueilli sur l'hypocondre et conservé dans l'alcool, reste aussi foncé, seulement, il change de nuance, passant de la teinte sépia au noir franc de l'encre de Chine.

(5) Etat au 5 juillet 1861 : peau du corps et des membres à peine un peu brunâtre avec cicatrices blanches abondantes, surtout dans le dos, et larges de 0m 003 ou 0m 004. Pas de furoncles ou d'autre éruption cutanée, pas de parasites, ni de démangeaisons. Mains et pieds un peu cyanosés. Aucune tache pigmentée à la face interne des joues, non plus que sur le reste de la muqueuse buccale. Appétit normal, quelquefois oppression épigastrique, la nuit. Selles rares, parfois tous les huit jours et alors en diarrhée. La miction a été difficile, mais elle est revenue normale depuis quinze jours environ. Voussure de la poitrine, matité précordiale assez étendue. Battements du cœur profonds, le premier bruit fortement soufflé à la pointe. Pas de toux, pas de palpitations. Douleurs articulaires dans le membre supérieur et dans la hanche. Ces dernières apparaissent très rapidement par la marche et la rendent très difficile ; les jambes enflent en même temps et la malade a peine à travailler une heure, et elle est alors forcée de regagner le lit.

Puis, en 1869, vient la thèse d'Armand Gillet sur les *Mélanodermies par privations* (1).

Déjà Vogt avait, en Allemagne, décrit un état morbide (2) qu'il désignait sous le nom de maladie des vagabonds (*Wagantenkrankheit*) et que Benjamin Ball a appelé une forme de *maladie pseudo-bronzée* (3).

Cependant, dès 1837, le Dr Amelung, directeur de l'Hôpital Hofbeim, près de Darmstadt, avait aussi publié (*Hufland's Journal der Practischen Heilkunde*, continué par Osann) un travail intitulé : *Observations et Remarques sur la Phthiriase* (travail analysé dans la *Gazette médicale de Paris* du 13 janvier 1840, p. 23). Pour cet auteur, il n'y a absolument pas de différence entre les *pediculi corporis* et les *pediculi capitis* « et si on en trouve quelquefois, elle dépend uniquement des personnes blondes ou brunes sur lesquelles on les trouve. Il est remarquable, ajoute Amelung, que dans aucun des cas rapportés plus haut (ses 5 observations) on n'avait trouvé des poux sur la tête ».

Il décrit deux cas de purpura, de maladie scorbutique, accompagnés de la présence de poux (observations I et II. — La deuxième (une folle de 64 ans), taches bleu rougeâtres, violacées pétéchies, éruptions prurigineuses avec eschares. Dans la troisième observation, où il n'y avait pas de taches scorbutiques, il y avait de l'œdème des extrémités inférieures. Dans la cinquième observation, un léger œdème des membres inférieurs est signalé, mais ici il s'agit d'une aliénée de 60 ans, qui était atteinte de fièvre tierce.

Le froid aux extrémités (avant-bras, mains et pieds) est noté dans la relation du premier cas. Mais dans aucune de ces observations la pigmentation de la peau n'est signalée. Pour le Dr Amelung la phthiriase est une maladie de la peau qui a de l'analogie avec la gale « où nous trouvons l'*acarus sarcoptes hominis* » et Amelung ajoute : « Cette maladie est le résultat d'une décomposition particulière des humeurs dont l'éruption, et l'insecte n'est qu'un

(1) *Thèse de Paris*, 1869.

(2) Voir dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, tome XI, p. 90.

(3) N'aurait-il pas mieux valu l'appeler une *pseudo-maladie bronzée ?*

Digitized by Google

produit, qu'un symptôme. Les pétéchies, les sugillations et les autres symptômes de la dissolution du sang indiquent une dyscrasie de nature putride et spécifique.

D'après tous ces phénomènes, la génération des pediculi paraît être spontanée. »

Voilà où l'on en était encore en 1837, et cependant Amelung avait commencé son travail en refusant de croire à ce que les anciens auteurs racontent du poète grec Alkman, de Pherekydes, du dictateur Sylla, d'Hérodes et de Philippe II d'Espagne, qui, d'après la tradition, seraient morts de phthiriase aiguë et généralisée.

Quoi qu'il en soit, Amelung a eu le mérite de reconnaître que tout ce qui paraît contribuer à produire une cachexie putride, peut être regardé comme cause éloignée de la phthiriase (faiblesse nerveuse, privations qu'impose la pauvreté, air humide et confiné, miasmes des marais). De plus, à côté de lotions avec une forte décoction de semences de cévadille, Amelung recommande surtout des lotions avec une solution de sublimé corrosif.

En 1872, dans ma thèse, j'ai cherché à faire ce travail d'analyse. Tâchant d'opérer un triage, j'ai mis à part une forme de mélanodermie que j'ai proposé d'appeler mélanodermie phthiriasique. Cette forme est aujourd'hui admise, quoique les cas n'en soient plus guère communs et tendent heureusement à l'être de moins en moins.

Mais avant que la mélanodermie phthiriasique achève de disparaître comme a fait la plique (1), devant les progrès de la civilisation représentée surtout ici par la propreté et les soins hygiéniques, il est bon d'en fixer les traits.

La présence continue et prolongée de poux en grand nombre à la surface du corps, peut arriver à provoquer une surpigmentation de la peau, et spécialement dans les régions où les poux s'accumulent le plus facilement et se trouvent le plus à l'abri des frottements continuels. La présence et la pullulation des poux coïncident généralement avec un état marqué de misère physiologique et contribuent à accroître cet état.

Par contre, la faiblesse générale, et surtout celle du système nerveux, l'inanition ou la famine, la fatigue, la tuberculose, tous les désordres physiques et moraux, spécialement l'alcoolisme (1) doivent faciliter la propagation et la multiplication de ces parasites. C'est donc bien là, comme je l'ai déjà dit, un cercle vicieux, où la cachexie n'aura aucune peine à naître et à se développer, à la fois cause et conséquence de la pullulation pédiculaire.

La fonction pigmentaire est une des fonctions organiques dont le mécanisme est le moins connu, sinon le moins étudié. Est-ce parce qu'elle semble moins importante qu'elle a été moins étudiée, et qu'elle se trouve moins connue? Cela est possible; et cependant, quelle est la maladie générale grave qui ne mette en quelque sorte son empreinte sur la teinte de l'épiderme : Chlorose, malaria, cancer tuberculose, hépatites, etc. ? Il n'est pas jusqu'à certaines conditions physiologiques, comme la grossesse, à certains désordres dans une fonction également physiologique, comme les troubles de la menstruation, qui ne puissent avoir leur manifestation dyschromatodermique.

La mélanodermie pédiculaire s'observe sur toutes les régions du corps, mais plus spécialement sur

(1) A-t-elle complètement disparu, cette plique (appelée jadis *plica polonica* ? N'en existe-t-il pas encore dans les recoins de la Lithuanie ou de la petite Russie? Je le crois d'autant plus facilement, qu'on peut en rencontrer encore ailleurs et que moi-même, il n'y a guère plus de 20 ans, j'ai eu l'occasion d'observer de vrais cas de plique dans les bas-fonds de notre population commentryenne, des cas auxquels on pourrait donner le nom de *plique nostras*.

(1) La phthiriase avait été fréquemment signalée chez les vieillards et chez les aliénés, et depuis longtemps. Mais relativement à l'influence de l'alcoolisme et de la tuberculose, sur les affections phthiriasiques, je citerai trois observations publiées dès 1840, par le docteur Durr (*Hufeland's Journal*) observations résumées dans la *Gazette Médicale de Paris* du 26 septembre 1840, p. 618. Il s'agit ici encore de sujets cachectiques.

« Obs. I. — Dans un premier cas, vu en 1816, à la clinique de la Charité de Berlin, il est question d'un individu cachectique, mal nourri et adonné aux spiritueux, affecté d'une éruption cutanée squammeuse et de pétéchies. Il n'avait point de poux, ni dans les cheveux, ni dans les habits, ni sur le pubis; cependant à la vue seule de la forme des petites croûtes qui couvraient le corps, le professeur Horn déclara qu'on avait affaire à une phthiriase et effectivement, en soulevant les croûtes, on trouva sous chacune d'elles un ou plusieurs poux de la tête ; mais moins grands, plus foncés en couleur et plus lents dans leurs mouvements. Guérison par des bains alcalins et des lotions de sublimé.

« Obs. II. — Un garçon de 8 ans ayant éprouvé à plusieurs reprises des affections des voies respiratoires, fut atteint de la gale qui disparut par un traitement approprié; plus tard, la transpiration rendit une odeur très désagréable, et quoique l'enfant fût tenu toujours très proprement, on observa sur son cou et sur sa poitrine de petites vésicules qui se desséchèrent en croûtes brunâtres sous lesquelles on a trouvé de petits poux semblables à ceux de la tête, mais plus lents dans leurs mouvements. Guérison par des bains alcalins. L'enfant succomba plus tard à la phtisie.

« Obs. III.— La sœur du garçon dont il vient d'être question, âgée de six ans et demi, fut couverte aussi à la poitrine de petites pustules remplies de sérosité et de croûtes, sous lesquelles ont été rencontrés de petits poux semblables à ceux de son frère ; elle avait aussi répandu une odeur particulière. Guérison par des lotions alcalines. »

Il est à noter que chez l'un et l'autre enfant il n'y avait pas de fièvre ni poux sur la tête, ni dans les habits. Une sœur qui avait couché avec la petite fille n'eut jamais ni poux, ni pustules.

Les conclusions que l'auteur tire de ces observations sont à peu près les mêmes que celles du Dr Amelung. (Voir plus haut.)

Je noterai, de mon côté, l'odeur signalée dans les deux derniers cas.

Digitized by Google

celles recouvertes par les vêtements, elle est plus marquée dans les parties de la peau habituellement soustraites aux frottements ; la nuque, le dos, surtout au voisinage et au-dessus de la ceinture, parce que les parasites trouvent là une barrière, et même les fosses iliaques sont les régions du corps où la pigmentation est en général le plus accentuée.

Conclusion. — La mélanodermie phthiriasique, si on a l'occasion de l'observer après la disparition des parasites qui l'ont amenée (et la pigmentation peut survivre parfois de longs mois aux parasites, comme dans le fait de Louis C...) (1) se distinguera des autres formes de mélanodermie :

1° En ce qu'elle n'est sous la dépendance d'aucune maladie diathésique (ni cancer, ni tuberculose, ni impaludisme, ni lésion des capsules surrénales, etc., etc.)

2° En ce qu'elle ne s'accompagne pas des grands symptômes de la maladie d'Addison : (L'asthénie, les douleurs abdominales, les troubles digestifs, joints à la coloration de la peau, coloration atteignant parfois même les muqueuses, caractérisent, on le sait, cette affection que le professeur Jaccoud a proposé d'appeler *mélanodermie asthénique*).

3° En ce que la pigmentation est diffuse et non circonscrite, comme elle l'est dans le vitiligo, les nœvi pigmentaires, le *caratès* (ou la *pinta*) de l'Amérique intertropicale, les pigmentations cicatricielles, le chloasma des femmes enceintes, etc., etc,

4° Surtout en ce qu'elle coïncide avec la misère et succède à la présence récente, et souvent persistante, de nombreux parasites animaux du genre *pediculus corporis*.

Et 5° enfin, en ce que cette forme de mélanodermie commence à pâlir, dès que les fumigations cinabrées, les bains sulfureux, les lotions de sublimé, les onctions d'onguent napolitain, etc., sont venus supprimer la cause en tuant les parasites.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Rachicocainisation

Par le Dr A. Guinard, *chirurgien de la Maison Dubois*

On a pu lire dans ce journal (n° 10, p. 151) une note sur le traitement de la sciatique par les injections de cocaïne dans le sac rachidien.

M. le Dr Breton, de Dijon, a fait trois rachicocaïnisations en six semaines, à un malade souffrant cruellement de névralgie sciatique. Non-seulement le résultat thérapeutique a été nul, mais il est survenu des troubles, légers sans doute, mais cependant appréciables, et qu'on peut mettre sur le compte d'une méningite spinale atténuée. Et l'auteur termine en disant qu'on ne saurait employer qu'avec circonspection les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne.

Ce journal s'adresse surtout aux praticiens et cette note ne doit pas rester sans réponse. Je suis tout à fait de l'avis du docteur au point de vue de « la circonspection » qu'il faut apporter dans l'emploi de cette méthode, et pour le moment, il y a deux points qui semblent bien établis pour la pratique de la rachicocaïnisation :

1° Il ne faut jamais injecter de solution de cocaïne diluée au centième ou au deux centième. Cette solution aqueuse diluée, excellente pour les injections sous-cutanées, est détestable pour les injections sous-arachnoïdiennes. Je pense avoir démontré sans conteste avec MM. Ravaut et Aubourg, que l'eau joue un rôle nocif capital dans ces injections, et je renvoie pour tous les détails de la démonstration à mes publications au dernier Congrès de chirurgie, et à la Société de chirurgie. En injectant de l'eau pure stérilisée dans le sac arachnoïdo-pie-mérien, j'ai provoqué tous les accidents qu'on a tant reprochés à la rachicocaïnisation, et dans la solution aqueuse injectée, l'eau est aussi coupable que la cocaïne.

Bref, actuellement le fait est accepté par tous les chirurgiens, et le promoteur de la méthode en France, M. Tuffier lui-même, ne se sert plus que de mon procédé, qui consiste à supprimer l'eau pour la remplacer par le liquide céphalo-rachidien de l'opéré.

2° Un second point est unanimement reconnu comme capital : c'est qu'après une rachicocaïnisation, il faut que le malade reste étendu, couché, et *ne se lève pas* pendant les premiers jours. Je ne veux pas entrer ici dans les détails, mais en se reportant aux Bulletins de la Société de Chirurgie de 1901, on verra que tous les chirurgiens recommandent de ne pas faire marcher les rachicocaïnisés. Une malade observée par Walther a eu des accidents imputables à ce qu'elle était rentrée chez elle à pied après avoir été opérée. La malade du rapport de Broca avait de même regagné à pied son domicile après la rachicocaïnisation. En somme, un opéré dans ces conditions-là, ne doit, sous aucun prétexte, quitter son lit pendant les trois jours qui suivent l'intervention.

Cela bien établi, si je me reporte à l'observation du Dr Breton, je vois que le malade, après chacune de ses trois opérations s'est levé, a marché, et s'est mis dans les conditions les plus favorables à la production d'une réaction méningée. Je vois de plus que

(1) Voir ma brochure sur le *Rôle des parasites animaux dans la pigmentation cutanée*. Paris, 1879.

Digitized by Google

le Dr Breton a fait usage de la solution aqueuse diluée au centième, qui, par elle-même ou plutôt par l'eau qu'elle contient, favorise particulièrement les accidents observés.

Mais alors, dira-t-on, si le malade ne doit pas se lever après la rachicocaïnisation, et si l'injection ne supprime la douleur névralgique que pendant quelques heures, quel bénéfice peut-on obtenir dans le traitement de la sciatique ? La réponse est facile : il n'y a rien à attendre de la rachicocaïnisation en pareil cas. Et pour ma part, je crois que la chose est jugée pour la névralgie sciatique, qui ne saurait bénéficier que des injections épidurales. Pour ces dernières qui ne touchent en rien au liquide céphalo-rachidien, on peut en user et en abuser ; on peut injecter dans le canal sacré les solutions cocaïnées les plus diluées dans l'eau ou dans le sérum ; on peut faire marcher les malades aussitôt après l'injection ; bref, il n'est pas besoin de cette « circonspection » qui s'applique seulement aux injections dans le sac sous-arachnoïdo-pie-mérien. Et je le répète, ce qu'il est essentiel d'observer dans la rachicocaïnisation, c'est : 1° De ne pas se servir de solutions aqueuses diluées ; 2° De ne pas faire marcher les malades, après l'injection.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Les Conseils d'hygiène universitaires

L'idée de ces conseils d'hygiène universitaire vient de M le Pr Surmont (de Lille). Au Conseil supérieur de l'instruction publique serait annexée une section nouvelle, le *Conseil supérieur d'hygiène universitaire de France.* Ce Conseil supérieur ne serait que le tronc de l'arbre; les ramifications et branchages seraient constitués par des Conseils provinciaux, installés dans chaque Académie, à côté du recteur et qu'on nommerait *Conseils d'hygiène académique.* Outre les questions d'hygiène générale qui intéressent tous les écoliers de France, ces Conseils s'occuperaient des particularités locales inhérentes à certaines régions, et nécessitant des règlements spéciaux. Pour ne prendre qu'un exemple, l'époque des vacances : n'est il pas étrange qu'elle soit fixée, cette époque, à des périodes identiques pour les points les plus opposés du territoire, et les plus différents aussi à l'endroit du climat ? A Lille, à Nancy, les vacances commencent à la même époque qu'à Toulouse, Marseille ou Alger. On trouve cela tout naturel, parce que cela existe ; c'est simplement absurde et cela n'a que trop duré; à quand le coup de hache dans toutes ces institutions séniles ? rien ne les justifie; elles n'ont même pas, comme certaines autres productions de l'activité humaine, l'architecture par exemple, le mérite d'avoir donné naissance à des œuvres belles et émouvantes par la sève d'art qui les anime. Ici, et dès que l'imagination de l'homme au lieu de s'échapper et de se répandre sur des conceptions d'art, s'est concentrée et appliquée à l'édification de règlements et de formules, c'est le vide et l'imbécillité creuse qui ont apparu. Il n'est vraiment pas trop tôt qu'on songe à renverser tout cela.

En instituant les médecins comme démolisseurs de ces legs surannés que nous a valus le génie plutôt incapable de nos législateurs, MM. Mathieu et Surmont ont ouvert une campagne qui promet d'être féconde. Non pas qu'ils aboutiront du jour au lendemain. Des résistances terribles viendront se mettre en travers de leur effort. Nos gouvernants abattent volontiers une œuvre d'art; il ne leur en coûte rien de faire disparaître à coups de pioche les monuments par où se révèlent, dans un jet de pensée originale, les mœurs et les traditions du passé. Des murs, rien de plus facile que de les jeter bas ; mais un règlement, une habitude, halte-là. Ce sont là les produits favoris de l'esprit humain. Ils témoignent pour l'ordinaire de la médiocrité de ses conceptions; c'est une raison. On s'attache aux choses médiocres ; ce ne sont que les belles dont on se débarrasse volontiers, leur présence renfermant quelque chose d'élevé par quoi s'offusque notre amour-propre.

MM. Mathieu et Surmont demandent des adhésions; tout de suite je leur adresse la mienne et souhaite qu'elle soit suivie de beaucoup d'autres. Leur projet ayant pour conséquence d'étendre l'influence des médecins et de la faire pénétrer dans une organisation d'où cette influence était exclue, c'est là un premier pas. Il nous conduira plus haut encore ; ce n'est pas en matière d'enseignement seulement, que les médecins doivent intervenir et jouer leur rôle. Tant de liens unissent la sociologie et l'hygiène, qu'il n'est que peu de points auxquels nous n'ayons lieu de toucher dans le sens d'une amélioration ou d'une réforme. La Société moderne, dans son ensemble, n'élèvera pas d'objections; par l'importance qu'elle attache à la science et à la médecine, elle nous réserve, dès aujourd'hui, la première place. A nous de la prendre.

Devant les médecins et pour leur disputer le pouvoir, un seul ennemi se dresse : le politicien. C'est le produit malfaisant d'une Société en décomposition. Nous rencontrons bien d'autres agents putrides dans notre carrière, et nous en venons à bout, pour que nous ayons tous droits de ne pas avoir peur de celui-là. La victoire étant toujours à ceux qui sont assurés de la remporter, il nous suffit de vouloir. L'élan donné, il n'est pas de force sociale qui puisse résister. Et, dans le pouvoir civil, la suprématie nous appartiendra comme elle a appartenu au clergé pendant tout le moyen âge. — Z.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

La constipation dans la neurasthénie

On ne saurait trop insister, au point de vue pratique sur la fréquence de la constipation chez les neurasthéniques. Et cette constipation ne se discerne pas toujours aisément. Les malades semblent avoir des garde-robes régulières, mais ils vident mal leur intestin. Les accidents nerveux dont ils souffrent ne tiennent qu'à une sorte d'auto-intoxication liée à la résorption de produits putrides à travers les parois intestinales. En balayant l'intestin de toutes les matières en décomposition qui le recouvrent, le praticien dans le traitement des états neurasthéniques, a chance d'obtenir des résultats surprenants.

Les laxatifs lui rendront de grands services; encore convient-il qu'il ne les administre pas au hasard. Les neurasthéniques bien souvent souffrent de troubles dyspeptiques; or, ces troubles s'accommodent mal des purgatifs salins : eau de Sedlitz, eaux minérales. Le purgatif salin est souvent irritant; or, l'estomac du neurasthénique est souvent irrité. Il arrivera à un neurasthénique constipé d'être soulagé un jour par l'usage d'un verre d'eau saline; son intestin se videra. Mais le lendemain, l'irritation stomacale, hypersthénie gastrique, comme on l'appelle, reprendra le dessus, et les accidents apparaîtront de plus belle.

Pour combattre la constipation du neurasthénique, le praticien a deux armes à sa disposition : les poudres et les pilules. Dans les poudres : la magnésie, la crème de tartre, le séné, le soufre tiendront le rôle de l'agent actif. Dans les pilules prendra place un médicament excellent : l'aloès.

M. Huchard formule par exemple :

Magnésie calcinée	parties égales
Lactose	

Suivant âge, une cuillerée à café, à dessert ou à bouche dans un demi-verre d'eau, au coucher. La lactose dans les formules de poudres, outre le goût sucré qu'elle donne à la préparation, offre l'avantage de renforcer l'action de la magnésie.

Autres formules :

Magnésie calcinée	30 grammes
Crème de tartre	àà 20 —
Lactose	

L'adjonction de soufre et de séné est réalisée dans la formule suivante :

Feuilles de séné pulvérisées	àà 15 grammes
Réglisse	
Crème de tartre	àà 10 —
Soufre sublimé	
Magnésie calcinée	

Une cuillerée à café au coucher.

Au praticien de modifier ces formules à son gré. Elles peuvent donner lieu à des combinaisons variées.

L'aloès est très prisé du public. Les pilules de la quatrième page des journaux en renferment d'ordinaire, et les cures dont le remède se réclame, ne sont pas toujours illusoires. Nombre de neurasthéniques ne sont que des constipés ; du jour où ils ont usé de pilules, les voilà guéris.

Le praticien peut prescrire des pilules ante cibum qui renferment de l'aloès et de l'extrait de quinquina, ou bien associer l'aloès au jalap, à la gomme gutte, à la scammonée ou au turbith végétal :

Aloès	4 centigr.
Gomme gutte	2 —
Extrait de belladone	0 cent. 005
— de jusquiame	
Savon médicinal	Q. S.

Pour 1 pilule. — 1 le soir.

Aloès	3 centigr.
Gomme gutte	1 —
Jalap	2 —
Scammonée	
Turbith végétal	
Extrait de belladone	0 cent. 005
— de jusquiame	
Savon médicinal	Q. S.

ou bien, il peut allier l'aloès au podophyllin ou à l'évonymin.

Aloès	4 centigr.
Podophyllin	2 —
Extrait de belladone	1 —
Savon médicinal	Q. S.

Aloès	4 centigr.
Evonymin	5 —
Extrait de belladone	1 —
Savon médicinal	Q. S.

Toutes les combinaisons sont possibles. L'adjonction de la belladone et de la jusquiame, tout en aidant à l'action laxative, s'oppose aux coliques qui pourraient se produire. Le savon médicinal, outre les avantages de son action laxative, empêche le dessèchement des pilules.

Au hasard du client qui, tantôt ne réclame que des remèdes simples, et tantôt, ce qui est le cas ordinaire, s'accommode de formules compliquées, le

Digitized by Google

praticien multipliera les remèdes dans une même formule, ou bien les restreindra à ce qui est nécessaire pour l'action thérapeutique.

Les accidents neurasthéniques ont grandement augmenté dans ces vingt dernières années. Et ce n'est pas seulement la difficulté croissante de la lutte pour la vie qui les provoque. Il est à se demander si la désuétude où est tombé l'usage des laxatifs, ne compte pas pour beaucoup dans cette éclosion, et ce développement de neurasthéniques qui surgissent et s'épanouissent de partout. — K. S.

CLINIQUE MÉDICALE

Pleurésies cloisonnées et pleurésies interlobaires. — Le diagnostic entre une pleurésie cloisonnée de la grande cavité pleurale et une pleurésie interlobaire peut être insurmontable. M. Chauffard a parlé dans une de ses leçons cliniques d'un cas où la confusion avait été faite et où il semblait bien difficile de l'éviter.

Une femme de 44 ans, pâle, à mauvais aspect général, offre les signes d'un ramollissement cérébral ancien sur lequel nous n'insisterons pas, elle entre à l'hôpital pour une maladie aiguë, une pleurésie du côté gauche. Etant alitée depuis trois semaines déjà, un médecin l'avait ponctionnée en ville et retiré un litre de liquide citrin.

L'examen du thorax ne révèle pas les signes d'une pleurésie ordinaire : on trouve, non pas la matité de toute la partie inférieure d'un poumon, mais une zone de matité suspendue entre deux zones sonores. Cette bande de matité, haute de 4 travers de doigt, part de la quatrième côte à partir de l'épine dorsale et vient aboutir en avant à la région sous-cardiaque. Une zone de skodisme est perçue dans la base du poumon.

A l'auscultation, l'oreille laisse entendre, au niveau de la bande mate, un souffle pleurétique, doux, expiratoire, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, pas de râles.

Le diagnostic porté, en raison de la topographie de la matité qui était celle de la pleurésie interlobaire, fut en effet cette dernière maladie.

Les jours suivants, la base du poumon s'encombre de râles sous-crépitants fins, congestifs. Une ponction évacuatrice dans la zone de matité donne 500 gr. de liquide citrin ; aucun soulagement ne suit cette intervention ; la fièvre persiste, le skodisme de la base disparaît, les râles augmentent.

Dix jours après, une nouvelle ponction est tentée. Elle ramène, non du liquide citrin, mais du pus. On aurait pu songer à une intervention chirurgicale, mais la malade était très faible et succomba, 48 heures plus tard.

L'autopsie montra une erreur de diagnostic complète ; la plèvre interlobaire était parfaitement saine ; c'était la grande cavité pleurale qui était atteinte à sa partie moyenne, la cavité purulente étant renfermée à ce niveau dans une poche close. Quant au poumon, outre d'anciennes adhérences tuberculeuses avec tubercules crétacés au sommet, il montra aux bases les signes d'une broncho-pneumonie classique.

M. Chauffard se demande si l'erreur de diagnostic eût pu être évitée. Quelques particularités au moins permettaient d'aller sur la voie. La malade n'avait eu ni vomiques, ni hémoptysies. Ce sont là des signes de pleurésie interlobaire. On ajoutera moins d'importance à leur absence dans le cas actuel, la femme étant morte assez près du début de son mal, et la vomique et l'hémoptysie étant des signes qui n'apparaissent guère avant la troisième ou quatrième semaine. Une ponction, dix jours auparavant, avait encore retiré du liquide citrin. Une vomique n'aurait donc eu nullement le temps d'apparaître.

Une autre particularité qui eût plutôt dû donner l'éveil, était l'évidence des signes constatés. Une pleurésie interlobaire n'apparaît pas sous un aspect aussi net. La matité ne se décèle qu'au bout d'un certain temps quand l'épanchement augmentant refoule le poumon contre la paroi. Ici la matité s'était révélée dès les premiers jours.

Comment expliquer chez cette malade l'évolution de la pleurésie ? Une première ponction à la base avait retiré un litre de liquide citrin. Il existait donc tout d'abord une pleurésie à la base ; la pleurésie cloisonnée s'est-elle produite après ? Ou bien dès l'abord, ne s'agissait-il pas plutôt d'une pleurésie cloisonnée marquée par un double épanchement ; un inférieur, qui, une fois ponctionné, ne se reproduisit pas, et un supérieur qui n'étant pas ponctionné tout d'abord, resta intact et continua de se développer ? Cette dernière interprétation semble la plus plausible.

Le diagnostic eût été posé de pleurésie cloisonnée en place de pleurésie interlobaire, la conduite n'eût guère été modifiée.

Dans les deux maladies le traitement est à peu près le même. On pratique l'empyème. Toutefois, pour la pleurésie interlobaire se presse-t-on peut être un peu ; les malades guérissent souvent spontanément après une série de vomiques et une suppuration plus ou moins longue. Le chirurgien n'interviendra que lorsque l'état général tout à fait bon permettra d'espérer un résultat favorable. Il a en effet plus à faire que dans un cas d'empyème simple. Ce n'est plus seulement la paroi thoracique qu'il doit traver-

Digitized by Google

ser, mais toute une lame de poumon. Il faut que les malades non opérés aient été ultérieurement, comme l'ont établi les statistiques, sujets à des fistules pleuro-bronchiques intarissables et à des récidives assez fréquentes, pour que dans une maladie qui guérit aussi souvent spontanément, on ait été contraint de parler d'une intervention opératoire.

Les résonnances tympaniques dans la pneumonie aiguë. — La zone de matité indiquant la solidification du poumon, constitue le signe familier de la percussion dans la pneumonie. Parfois, au lieu de la matité habituelle, on perçoit au contraire un phénomène opposé : la sonorité exagérée et la résonnance tympanique. M. le Dr de Brun (de Beyrouth), a fait une bonne étude de cette anomalie (*Revue de Méd. novembre 1901*). Il distingue trois sortes de tympanisme au cours de la pneumonie : 1° Le tympanisme prémonitoire. Il s'observe quand l'exsudation tout en diminuant la quantité d'air pulmonaire, en laisse assez pour que l'ébranlement résultant de la percussion, produise des vibrations sonores (Jaccoud) ; dans ces cas, le son tympanique est initial et temporaire ; 2° Il apparaît encore à la période d'état de la pneumonie, constituant ainsi ce que M. le Dr de Brun appelle le tympanisme satellite. Il a son siège de prédilection au sommet du poumon et au niveau du creux sous-claviculaire et dépend de plusieurs facteurs : la tension des parois alvéolaires produite par le poids du bloc hépatisé situé au-dessous d'elle, un certain degré d'emphysème compensateur, et aussi sans doute un léger processus fluxionnaire. Le tympanisme satellite de la pneumonie se rapproche par ses caractères et ses localisations du skodisme dans la pleurésie ; 3° En troisième lieu, M. de Brun décrit le tympanisme plessimétrique qu'il est le premier à signaler. Dans les pneumonies totales, qui transforment le poumon dans toute son étendue en un bloc imperméable, massif et dur, des vibrations sonores peuvent être perçues en place de la matité qu'on attendait. La masse pulmonaire solidifiée, compacte, incapable de vibrer elle-même, va puiser les résonnances, par quoi elle manifeste son état morbide dans les organes sonores avec lesquels elle est en contact intime — tel un bloc de bois déposé sur une table : bien que mat, en tant que bois, il donne à la percussion un son tympanique.

PÉDIATRIE

Le traitement du choléra infantile. — Dans les campagnes où a régné l'épidémie de choléra asiatique de 1855, on entend encore cette histoire : un cholérique déclaré perdu et qui ne se sauvait qu'en buvant de l'eau à la fontaine et de l'eau par litres. Son unique boisson, son unique médicament était l'eau ; il ne voulait pas autre chose. Ses voisins qui avalaient des drogues, mouraient; lui seul guérissait. Allez dire, après cela, que l'eau n'est pas un remède souverain. Elle a commencé par être absorbée d'instinct avant d'être recommandée par la médecine. L'application de la diète hydrique au choléra infantile ne date que de 1882 ; c'est Luton le premier qui y a songé. Depuis ce temps, grâce aux travaux des Maîtres contemporains, Comby, Marfan, etc., la notion est devenue classique : de l'eau bouillie, une eau minérale légère (Soultzmatt, Evian), et l'eau albumineuse font tous les frais de la médication. A un nourrisson de 5 à 6 mois, il faut environ un litre d'eau dans 24 heures, quantité à peu près équivalente à la quantité de lait qui aurait été absorbée. La diète hydrique fait disparaître les fermentations et putréfactions intestinales ; de plus elle laisse reposer l'estomac et l'intestin. Au bout de 24 heures, les vomissements ayant disparu, si la diarrhée est moindre, on peut faire prendre toutes les 4 heures soit une courte tétée, soit 20 gr. de lait stérilisé additionné de 40 gr. d'eau, et dans l'intervalle on continue l'eau bouillie (Marfan). En cas d'accidents persistants, la diète hydrique peut être continuée 2 à 3 jours sans danger.

A côté de la diète hydrique, il faut placer l'action des bains. M. le Dr Pierre Mir (Th., Paris 1902) avec MM. Grancher, Sevestre, Hutinel, Marfan, montre l'utilité des bains variant de 22° à 33°. Fiessinger dans les diarrhées fébriles, préfère les bains à 35°, de 10 minutes de durée, toutes les 3 heures, et tant que la température rectale atteint 39°. Parfois la température monte après les premiers bains, mais cette ascension n'est que de peu d'importance et passagère ; la défervescence apparaît vite. En même temps et outre l'action antithermique, une action directe semble s'exercer sur la diarrhée de l'enfant. Celle-ci diminue et la balnéation seule semble déjà capable d'amener cet heureux résultat.

A côté des bains chauds, se placent les bains sinapisés, conseillés par Rilliet et Barthez (50 gr. de farine de moutarde dans un bain chaud de 25 litres); l'enfant y est plongé pendant une douzaine de minutes, le temps d'obtenir une réaction suffisante ; puis on l'enveloppe dans des linges bien secs.

Les injections de sérum artificiel (eau distillée et bouillie 1.000 gr., chlorure de sodium 7 gr.) sont excellentes; il n'est pas nécessaire que la dose injectée soit considérable ; chez un enfant de quelques semaines, une dose de 20 à 50 gr. produit parfois des résultats merveilleux et amène des résurrections qu'on eût jugées impossibles.

En dernier lieu, le lavage de l'intestin, moyennant

Digitized by Google

une sonde en caoutchouc (n° 25) introduite dans l'intestin à 20 centimètres de profondeur et adaptée à la canule d'un injecteur (bock élevé à 30 ou 40 centimètres), sera le quatrième agent médicamenteux employé. L'eau salée à 7/1.000 sera injectée dans l'intestin aux doses de 1 litre à 1 litre 1/2, matin et soir.

Comme médicaments internes, le meilleur est sans contredit le calomel, sous la réserve qu'il ne convient guère de le prescrire avant 4 ou 5 mois; une dose minime suffit d'ordinaire.

Calomel.....	0 gr. 01
Sucre en poudre.....	0 gr. 50

Pour un paquet, diviser en trois paquets.
A donner dans le courant du jour.

L'acide lactique ne réussit guère dans le choléra infantile; le sous-nitrate de bismuth ne convient qu'à la période de convalescence. Le benzo-naphtol rejeté par les uns, est prescrit par les autres. Nous le croyons plutôt dangereux; car le benzo-naphtol n'est pas insoluble comme on croit; il se dissout en partie et s'absorbe, s'éliminant ensuite sous forme de benzo-naphtolsulfate de potasse, c'est-à-dire empruntant pour son élimination des composés minéraux aux tissus, et amenant leur déminéralisation (Albert Robin). Chez un enfant affaibli, pareille action ne peut être que préjudiciable.

Le lavage de l'estomac ne nous a donné aucun résultat. M. Marfan le rejette du reste également du traitement du choléra infantile. — K. S.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique.

Par MM. E. Brissaud et Pierre Marie

La syphilis peut frapper les centres nerveux, et particulièrement la moëlle, suivant des modalités fort diverses au point de vue clinique; parmi celles-ci, après le tabes, la myélopathie la plus fréquemment observée est la paraplégie spasmodique syphilitique.

Lorsqu'on est en présence d'un malade atteint de paraplégie spasmodique syphilitique, on éprouve invariablement l'impression que le traitement antisyphilitique doit fournir, dans un pareil cas, ces résultats merveilleux qui nous font si souvent souhaiter, chez nos malades, d'avoir affaire à la vérole.

En effet, d'une part, l'infection syphilitique est relativement récente, puisque c'est ordinairement dans les trois premières années après le chancre que surviennent les phénomènes paraplégiques. D'autre part, les individus que l'on a à soigner sont jeunes et semblent pouvoir supporter admirablement un traitement même intensif. Enfin, la nature des symptômes, les aggravations brusques à forme de myélite transverse, fournissent la preuve qu'il s'agit là non pas de ces processus parasyphilitiques, si sournois et si rebelles, mais de grosses lésions pour lesquelles la régression semble devoir être la règle.

Eh bien, cette impression si favorable est erronée, cette apparence est fausse. La paraplégie syphilitique ne guérit pas par le traitement mercuriel intensif, et, chose plus grave, non seulement elle ne guérit pas par ce traitement, mais elle empire.

On voit, en effet, sous l'influence de la mercurialisation, des malades qui marchaient mal, à la vérité, mais qui marchaient, perdre des forces, et se trouver obligés de garder le lit; les mouvements de flexion des membres inférieurs, déjà si précaires dans la paraplégie spasmodique syphilitique, le deviennent encore davantage, et parfois même sont presque entièrement abolis. Il nous a paru en outre, à plusieurs reprises, que non seulement il y avait augmentation des troubles moteurs existants, mais encore qu'il survenait une sorte de poussée nouvelle se traduisant soit par des paresthésies, soit par des parésies du côté des membres supérieurs. A cela se joint pour les malades un état de malaise physique et moral assez pénible, si pénible que ceux qui l'ont ressenti plusieurs fois éprouvent pour tout traitement mercuriel une répulsion vraiment instinctive. C'est ainsi, par exemple, que trois de nos malades d'hôpital, qui étaient venus dans nos salles pour des affections broncho-pulmonaires ou gastro intestinales, se sont absolument refusés à pratiquer les frictions mercurielles que nous leur avions prescrites; et comme nous insistions (à cette époque, nous n'étions pas encore avertis des faits que nous relatons aujourd'hui), ils ont préféré quitter le service, plutôt que d'être à nouveau mercurialisés.

En résumé, l'objet de la présente communication est donc de mettre en garde contre les effets du traitement mercuriel intensif, ceux d'entre nous qui auraient à soigner des malades atteints de paraplégie spasmodique syphilitique.

Est ce à dire qu'à ces malades il ne faut jamais donner de mercure? — Il y a lieu de faire à cet égard certaines distinctions : — Chez un malade qui est tout à fait au début de l'affection, chez lequel celle-ci ne se traduit encore que par une gêne légère de la marche et par la faiblesse des fléchisseurs des jambes, on est, croyons-nous, autorisé à employer le traitement intensif, mais quand on l'aura pratiqué à une ou deux reprises, il conviendra de s'armer de prudence et de ne reprendre ensuite la mercurialisation que d'une main discrète. — Chez un malade qui,

Digitized by Google

après une très courte période prodromique, a été brutalement frappé d'une brusque paralysie des quatre membres ou d'une paraplégie avec hémiplégie, il convient encore de faire immédiatement une ou deux séries de traitement mercuriel intensif, car on voit en général, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une tendance spontanée indéniable vers la régression, les phénomènes paralytiques et les troubles vésicaux s'amender au bout de quelques semaines dans des proportions considérables. C'est donc seulement, croyons-nous, dans les périodes plus avancées de la maladie, lorsque, au bout de dix huit mois ou deux ans, celle-ci a évolué vers la chronicité, que l'on doit se tenir en garde contre les méfaits d'une mercurialisation intense.

Et cependant il est pénible, il est humiliant de demeurer les bras croisés en face d'une pareille affection. Une telle attitude ne saurait être adoptée que s'il était définitivement prouvé que tous les modes d'administration du mercure sont nuisibles. Or il nous a semblé, jusqu'ici, que les injections de M. Panas d'huile au biiodure de mercure à la dose quotidienne de 5 à 8 milligrammes ne déterminaient pas d'accidents du genre de ceux qui nous occupent. Il en a été de même pour l'ingestion de pilules mercurielles (protoiodure, pilules bleues) ; il semble en être aussi de même pour le sirop de Gibert. Nous croyons aussi que l'iode en nature, soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques, par exemple sous forme de *lipiodol*, peut être utile, et n'est pas nuisible pourvu qu'on s'en tienne à des doses modérées, sinon les accidents ci-dessus indiqués peuvent apparaître.

Tels sont les faits qu'il nous a semblé nécessaire de faire connaître ; nous les avons observés sur un nombre de malades assez considérable pour affirmer qu'il ne s'agit pas d'une série fortuite, mais bien d'une réaction propre de la paraplégie spasmodique syphilitique vis-à-vis du traitement mercuriel intensif. Nous devons ajouter que tout ce que nous venons de dire s'applique également au *type tabéto-spasmodique* de la myélite syphilitique, type d'ailleurs passablement moins fréquent que le type spasmodique vulgaire. Au contraire, dans le *Tabes*, dans la *Paralysie générale*, l'application du traitement intensif, loin d'amener une aggravation des phénomènes, nous a souvent paru exercer une influence favorable, du moins dans les périodes de début et le commencement de la période d'état, car plus tard il peut n'en être pas de même.

La lécithine (son emploi et sa valeur thérapeutique). — Depuis le grand succès des glycérophosphates, on n'avait pas vu vogue pareille. Recherches multiples émanant des premiers Maîtres, communications à l'Académie des Sciences (Bouchard et Carrière), à la Société de Biologie (Gilbert et Fournier), à l'Académie de Médecine (Lancereaux et Paulesco), toutes les fanfares de la renommée ont célébré le nouveau produit. En employant l'ovolécithine, M. Huchard en a retiré d'excellents effets dans son service.

M. Ariès fait aujourd'hui de l'étude de ce médicament chez les vieillards, le sujet de sa thèse inaugurale (Paris, 1902). La lécithine exercerait une influence stimulante directe sur le processus de multiplication des éléments cellulaires.

Administrée par la bouche (aux doses de 30 centigr.) ou de 5 à 10 centigr. par la voie hypodermique, la lécithine relève l'état général des vieillards, abrège les convalescences, offre une heureuse influence sur certains troubles de dénutrition (eschares); son action diurétique, chez les vieillards du moins, est à signaler. A un âge où les rétentions des substances toxiques s'observent si aisément, dans des tissus en moindre fonctionnement, cette action diurétique n'est pas à dédaigner.

Autre avantage : le médicament n'est toxique à aucune dose.

C'est un tort vraiment de le mettre en parallèle avec le jaune d'œuf. Jamais le jaune d'œuf n'a produit d'effets approchants. La démonstration brute en a été fournie par le Dr Lévi, cité par M. Morichau-Beauchant dans sa thèse sur l'étude thérapeutique de la lécithine. D'abord a-t-on jamais vu le jaune d'œuf produire des effets semblables : modifications des échanges, augmentation du nombre des éléments figurés du sang, accroissement de la taille et du poids? Il faudrait fermer les yeux à la clinique pour méconnaître les différences. Elles s'expliquent du reste aisément. La lécithine du jaune d'œuf est en combinaison avec des matières albuminoïdes et des matières grasses, en sorte que son sort et la possibilité de son absorption sont liés au sort et à la possibilité de l'absorption des albuminoïdes et des graisses. Un dyspeptique digère-t-il mal les albuminoïdes et les graisses. Il n'absorbera pas la lécithine incluse dans le jaune d'œuf. Celle-ci se trouvera en présence de produits de décomposition et de régression (acides amidés, hydrogène sulfuré, etc.) qui exercent une action destructive d'autant plus active sur la lécithine qu'elle s'exerce à l'état naissant. C'est donc une illusion de la part des praticiens, d'espérer obtenir avec le jaune d'œuf les avantages immédiats qu'ils retirent de l'emploi de la lécithine médicamenteuse. Il est bon de ne pas s'engouer des nouveaux remèdes ; encore ne convient-il pas de leur dénier les qualités physiologiques par quoi ils se sont imposés.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la mort rapide d'origine gastrique. — M. Lancereaux attire l'attention sur une cause de mort subite peu connue, quoique fréquente, due à un trouble nerveux de l'estomac, que l'on observe en particulier chez les dyspeptiques goutteux.

Cette dyspepsie détermine une vive excitabilité du cœur; et même dans l'état normal, mais surtout s'il existe de l'ectasie ou de la surcharge adipeuse de cet organe, on voit parfois se produire, sous l'influence de mauvaises digestions, des palpitations, des lipothymies, ou des syncopes mortelles.

Tout porte à croire qu'il s'agit dans ces cas d'un arrêt du cœur par acte réflexe, qui, de l'estomac se réfléchit sur le bulbe et détermine l'ischémie des centres nerveux.

Une double indication prophylactique résulte de ces considérations : 1° le traitement de la dyspepsie par un régime hygiénique sévère dans lequel le lait jouera le principal rôle ; 2° le traitement de l'état syncopal par les stimulants habituels et la respiration artificielle.

Les services sanitaires et le lazaret du Frioul — M. Vallin, au nom d'une commission composée de MM. Besnier, Bucquoy, Brouardel, Chantemesse, L. Colin, H. Monod, Proust, Th. Roussel, lit un rapport sur le lazaret du Frioul, qu'il termine par les conclusions suivantes, qui seront soumises au vote de l'Académie :

1° Réparer et compléter les pavillons du lazareth du Frioul, qui ne répondent plus aux nécessités de l'hygiène moderne ;

2° Créer à la pointe N.-E. de Pomegues, une station sanitaire plus indépendante du service de désinfection du lazareth ;

3° Placer en permanence, à la tête du lazareth, un médecin en chef nommé par le ministre, ayant les mêmes attributions que le médecin en chef d'un hôpital, par rapport au directeur de la santé d'un fort ou d'un corps d'armée ;

4° Remplacer, sans délai, les règlements très anciens et surannés du lazareth par un règlement intérieur, approuvé par le ministre, déterminant les droits et devoirs de chacun et servant de base pour l'exécution du service.

5° Demander à M. le ministre de la marine de vouloir bien comprendre le sérum antipesteux et les instruments nécessaires à son emploi dans la nomenclature des médicaments dont doivent être munis les navires du commerce voyageant au long cours.

Rendre l'inspection des « coffres » et pharmacies de ces navires par les commissions de visite des ports plus rigoureuse et plus effective, en exécution de l'article 11 de l'ordonnance royale du 4 août 1819.

Réduire la durée de la quarantaine d'observation des passagers inoculés au lazareth avec le sérum antipesteux.

6° Chercher, à l'aide d'expériences scientifiques et pratiques, les meilleurs procédés pour détruire rapidement et sûrement les rongeurs avant le déchargement des navires arrivant dans un port, sans détériorer les marchandises, et rendre cette destruction obligatoire pour toutes les provenances de ports infectés.

7° Faciliter, par une prestation temporaire, aux docteurs qui se portent candidats aux emplois de médecin sanitaire en général et de médecin sanitaire maritime en particulier, les moyens de faire un stage pratique dans l'Ecole de médecine d'un port leur permettant d'acquérir une compétence professionnelle plus complète et d'en donner la preuve à l'examen d'admission et avant leur entrée en fonctions.

8° Chercher les moyens de garantir à ces médecins plus de stabilité, plus d'avenir, plus d'indépendance vis-à-vis des compagnies et de leurs agents, d'en faire les auxiliaires dévoués du service sanitaire, en un mot, de leur ouvrir et de leur assurer une carrière rémunératrice et considérée.

A propos de la chloroformisation. — M. Marty, énumérant toutes les mesures employées par la Pharmacie centrale du service de santé militaire pour la purification et la conservation du chloroforme, montre que cet anesthésique est aussi irréprochable que celui de l'Assistance publique, et que son emploi donnera toute satisfaction, qu'il s'agisse de celui des services hospitaliers militaires ou de celui qui constitue les approvisionnements de réserve du service de santé. *(11 mars).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les sommations peladogènes. — M. Jacquet. La pelade n'est pas une dermatose spécifique, mais une lésion banale, favorisée par une viciation complexe des tissus et des humeurs, déterminée et fixée par des irritations locales diverses, dont l'éruption et les lésions dentaires constituent les plus communes.

Mais si l'irritation peladogène est banale, cela ne veut pas dire qu'elle soit simple. Au contraire, une série de causes, agissant dans le même sens, s'associent, s'additionnent pour constituer une somme ou sommation peladogène, la dépilation n'étant ainsi qu'une résultante.

Cette sommation elle-même peut se faire suivant des modalités différentes : une ou plusieurs conditions d'ordre général s'associant à des conditions d'ordre local. Par exemple, un surmenage plus au moins intense est la cause générale connue ; une lésion dentaire unilatérale vient tirer à elle et localiser l'influence peladogène. En d'autres cas, on trouve l'association homo-latérale de deux facteurs locaux : l'éruption d'une dent de sagesse gauche, et la tuberculose du sommet gauche, l'un de ces facteurs constituant en même temps un élément d'ordre général. La plaque peladique apparaît à gauche.

Dans une autre observation, un traumatisme de l'œil gauche, associé à des lésions dentaires multiples, à une brûlure de la jambe gauche, est suivi trois semaines après

Digitized by Google

d'un disque peladique de la région temporo-pariétale gauche.

On conçoit que ces conditions étiologiques, d'ordre général et local, puissent s'associer à l'infini ; leur résultante est une lésion de nature tropho-névrotique, la mort du poil. On peut donc dire que la pelade est une dermatose où se trouve réalisée l'unité de mécanisme pathogénique de la mort du poil, sous la diversité et la multiplicité étiologiques.

Il faut compter de plus, pour une dermatose aussi fréquente, avec les coïncidences, et ne pas oublier que la pelade est une maladie héréditaire et familiale, dont la contagiosité n'est pas démontrée.

Du scorbut infantile. — M. Comby. Cette affection est méconnue de la généralité des praticiens. Tantôt on croit à un rhumatisme articulaire aigu ; tantôt, on pense à une ostéomyélite, à une tumeur osseuse, à une fracture. Ces erreurs de diagnostic tiennent à la rareté du scorbut chez les enfants. En voici un nouvel exemple.

Un enfant de 9 mois, nourri au lait maternisé, est amené à l'hôpital pour un gonflement de la cuisse droite, pris tout d'abord pour une lésion syphilitique et traitée comme telle par les frictions mercurielles, et ensuite pour une fracture.

Le gonflement de la cuisse est déterminé par un énorme hématome sous-périosté, sans fracture du fémur. Les gencives sont gonflées et légèrement ecchymotiques. L'enfant est pâle, amaigri, constipé.

Le jour même le lait maternisé est remplacé par du lait de vache frais, simplement bouilli ; on donne à l'enfant trois cuillerées à café de jus d'orange et un peu de purée de pomme de terre. En trois semaines, l'enfant était guéri.

Sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans les paraplégies spasmodiques syphilitiques. — MM. Brissaud et P. Marie (voir page 191). (*7 mars*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un cas de mort subite sous le chloroforme. — M. Mignon opérait cette année un malade, âgé de 22 ans, d'une hernie inguinale gauche. L'opération touchait à sa fin, lorsque le cœur et la respiration s'arrêtèrent subitement. Ni la respiration artificielle, ni les tractions rythmées de la langue, ni même la trachéotomie ne purent ramener la vie.

A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal, si ce n'est un thymus volumineux. Il pesait 35 gr. mesurait 10 centimètres de longueur sur 3 de large. Son extrémité inférieure recouvrait complètement la crosse de l'aorte.

M. Mignon a été frappé de la présence anormale de ce thymus chez son malade, mais ne lui avait pas, tout d'abord, attaché l'importance que les faits publiés récemment obligent à lui donner aujourd'hui.

A propos du diagnostic des lésions des reins. — M Bazy. On ne saurait apporter trop de soins à faire le diagnostic des lésions des reins, et surtout à diagnostiquer, quand on doit enlever un rein, l'état de son congénère. Le cathétérisme des uretères, qui répond à ce but, peut être avantageusement remplacé par la méthode de séparation des urines, réalisée par l'appareil de Luys.

Toutefois, d'après sa propre expérience, M. Bazy estime que l'application du procédé n'est pas aussi commode qu'on pourrait le supposer, qu'elle est pénible et même douloureuse, surtout dans les vessies irritées, et peut être suivie d'accès de fièvre.

Le séparateur ne peut être qu'un indicateur de la qualité de l'urine : urine sanglante, urine non sanglante, urine trouble ou claire. Mais c'est surtout au diagnostic clinique de l'état du rein qu'il faut toujours s'en rapporter et n'employer les instruments qu'avec circonspection et comme moyen de contrôle.

M. Albarran préfère employer le cathétérisme urétéral, qui permet d'extraire directement l'urine du rein et dont l'application est beaucoup plus simple que celle du séparateur; celle-ci est d'ailleurs impossible dans les vessies emflammées, en raison de la douleur qu'elle provoque.

Un cas de typhlite herniaire. — M. Chaput. Dans l'observation rapportée par M. Estienny, il s'agit d'un homme de 58 ans, atteint d'une hernie inguinale ancienne, volumineuse et habituellement réduite. Un mois auparavant sont survenues des douleurs avec irréductibilité, diarrhée, fièvre et frissons. La veille, taxis énergique et impuissant. M. Estienny l'opère ; il ouvre par mégarde le cœcum qu'il prend pour le sac herniaire ; celui-ci était refoulé en arrière. Les parois cœcales, friables et infiltrées de pus, se déchirent pendant les manœuvres de décollement. Pas d'étranglement vrai, pas de débridement. Le testicule volumineux et kystique, est enlevé, puis l'intestin est suturé et réduit, et le trajet herniaire suturé sans drainage, ainsi que la peau.

Suppuration consécutive abondante, guérie au bout de 2 mois ; bon résultat avec récidive légère de la hernie.

Oblitération complète du cholédoque sans ictère. — M. Tuffier présente une femme de 40 ans, atteinte au niveau de la vésicule biliaire d'une tumeur du volume du poing, lisse, mobile, suivant les mouvements du foie. Malgré l'absence d'ictère, mais en raison des symptômes de coliques hépatiques, de la décoloration complète des matières fécales, qui étaient blanches, on porte le diagnostic de cholélithiase avec oblitération des voies biliaires, probablement du cholédoque.

Opération. La vésicule, distendue et adhérente à l'épiploon et à l'estomac, contient 300 gr. à 400 gr. de bile brunâtre, mais pas de calcul. Un gros calcul, logé dans le cholédoque, est extrait après refoulement dans la vésicule. Le cholédoque, paraissant comprimé par une tumeur au travers la tête du paucréas, M. Tuffier pratique une cystogastrostomie pour assurer l'écoulement de la bile dans l'intestin. Guérison. (*5 mars.*)

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*18 mars*). — Les honneurs de la séance ont été réservés aux maladies infectieuses. Plus d'épidémies de diphtérie ; plus d'épidémie de peste.

La diphtérie ne sera plus seulement combattue par tous les moyens de désinfection usités ; à la campagne, ces mesures demeurent le plus souvent incomplètes, partant inefficaces. Il n'est qu'un seul obstacle véritablement actif à opposer à la marche envahissante d'une épidémie diphtérique : la pratique des injections préventives. Une dose de 5 centim. cubes, chez les enfants, assure une période d'immunisation de trois à quatre semaines. C'est quelque chose. Après M. Netter, MM. Roux et Sevestre sont venus insister sur l'efficacité de la méthode. Ils invitent les praticiens à la répandre ; ce que faisant, ils auront bien mérité de la population.

Pour la peste, il s'agit de l'arrêter à bord des bâtiments contaminés Qu'elle n'aille pas envahir nos ports. Inutile de voir reparaître les épidémies des siècles derniers. Aussi, convient-il d'exterminer avant le débarquement, tous les rats qui infectent les navires. M. Laveran propose, à cet effet, l'usage de l'acide sulfureux ; à M. Vallin qui préfère l'acide carbonique, en raison de ses propriétés inoffensives qui l'empêchent, comme fait l'acide sulfureux, d'abîmer les marchandises, MM. Chantemesse et Roux répondent en appuyant la proposition de M. Laveran. L'acide sulfureux n'est nullement à redouter comme agent de désinfection. Dans l'Amérique du Sud, où on l'emploie journellement, il n'abîme rien du tout. Pour qu'il demeure sans inconvénients, il suffit, comme le demande M. Roux, d'user de l'acide sulfureux sec. Ce dernier, tout en asphyxiant jusqu'au dernier rat du bord, n'exerce aucune action délétère sur les marchandises. Opinons donc pour l'acide sulfureux.

Il produira le double effet de faire disparaître les rats et les malades. Les médecins n'auront plus de cas de peste à soigner, et c'est tant mieux.

Mais demain, ils n'auront plus de diphtéries, plus de varioles, plus de scarlatines. Que leur restera-il? Pour avoir accompli leur devoir, l'honneur de mourir de faim ?

Que non pas. L'avenir n'est pas si noir pour les médecins que pour les rats. Les maladies organiques remplaceront, peu à peu, les maladies infectieuses ; voici sans doute ce que nous réserveront les temps futurs. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Microbie : Technique et Microbes pathogènes, par le Dr L.-H. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et E.-J. Masselin, médecin vétérinaire. *Quatrième édition, revue et augmentée.* 1 vol. in-16 diamant, avec 210 figures dont 20 en couleurs. Cartonné toile souple, tranches rouges (Masson et Cie, éditeurs), 8 francs.

Le *Précis de Microbie* est arrivé à sa quatrième édition.

Le livre a subi une refonte presque complète : on trouvera dans la première partie, en particulier, une technique absolument nouvelle de la culture des anaérobies et des colorations microbiennes. La deuxième partie a reçu des additions importantes, telles que le chapitre des pasteurelloses, des piroplasmoses, des levures pathogènes, des trypanosomes, etc.

Le Précis s'est, en outre, enrichi de nouvelles figures en grand nombre : les appareils de laboratoire ont été dessinés d'après nature ; les cultures et préparations appartiennent aux collections de l'Institut Pasteur. Sous cette nouvelle forme, le *Précis de Microbie* continuera à rendre, aussi bien à l'étudiant de laboratoire qu'au praticien curieux de se tenir au courant, les services qui lui ont valu la vogue dont il a joui jusqu'à présent.

Formulaire pratique de Thérapeutique pour le traitement de la Syphilis, par le Dr Marmonier, membre de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, avec une préface du Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. Un volume in-18 de 420 pages, cartonné, tranches rouges. Prix : 4 francs. Octave Doin éditeur.

Le traitement de la syphilis n'est guère exposé en détail que dans de gros volumes. Le praticien a fort à faire d'aller puiser les renseignements dont il a besoin au milieu des ouvrages des Maîtres. Il lui faut à sa portée un guide sûr, bien documenté et qui condense la matière. C'est ce qu'a très heureusement fait M. le Dr Marmonier qui apporte au surplus et à l'examen de chaque cas une méthode de critique personnelle, éclairée par une longue expérience.

Mémorial thérapeutique, par C. Daniel, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 (format portefeuille) de 240 pages, cartonné souple, 2 fr. 50. Relié maroquin souple, tranches dorées, 3 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

M. Daniel s'est efforcé de donner à ce travail une rédaction simple, concise, précise et méthodique, qui frappe à première vue et qui fait embrasser d'un coup d'œil l'ensemble des ressources que la thérapeutique offre au praticien.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 187, RUE SAINT-[illegible].

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

L'angine de poitrine hystérique

Par M. le Dr Merklen,
Médecin des hôpitaux.

Bien étudiée par M. Huchard et son élève Le Clerc, l'angine de poitrine hystérique est intéressante, entre autres raisons, par les difficultés diagnostiques qu'elle soulève. Elle n'est pas seulement distincte de l'angine de poitrine vraie, celle qui est liée à une lésion des coronaires, elle simule encore de plus ou moins près certaines affections cardiaques, et cette ressemblance symptomatique prête d'autant plus à erreur, que parfois une véritable affection organique du cœur existe simultanément. Une aortite chronique, laquelle peut s'accompagner d'irradiations douloureuses et de crises d'angor vraie, peut fort bien servir de fond à une angine de poitrine hystérique qui se développe sur cette assise organique primordiale.

L'angine de poitrine hystérique existe à tous les âges. Le plus souvent, toutefois, c'est une maladie de la jeunesse qui se montre avant la période, plus tardive, de l'artério-sclérose. Elle est héréditaire et fait suite à des manifestations hystériques des parents, ou bien elle n'apparaît qu'après divers incidents qui augmentent la fatigue et l'excitabilité du système nerveux (émotions vives, surmenage intellectuel et moral, traumatismes, intoxications, maladies infectieuses; à noter dans les antécédents infectieux la fréquence du rhumatisme articulaire aigu). A l'âge de la ménopause, où tous les accidents névropathiques subissent une exacerbation et comme un épanouissement d'arrière-saison, l'angine de poitrine hystérique reparaît avec une fréquence accrue. Aussi bien, l'émotivité du malade peut être la seule cause : il suffit qu'il ait été frappé par la vue d'un cardiaque dyspnéique pour que son imagination entre en branle et crée peu à peu le tableau de la maladie qui nous occupe. MM. Huchard, Pitres, Talamon ont cité de ces angines de poitrine par auto-suggestion. J'en ai également observé pour ma part.

La maladie présente des cas frustes et des accès graves. Un certain nombre de symptômes communs réunissent les deux formes. C'est d'abord une douleur précordiale avec sensation d'angoisse; c'est ensuite le caractère spontané et nocturne des crises. Elles surviennent la nuit, sans motif apparent, réveillant le malade et le dressant brusquement sur son séant.

Une aura est communément observée à l'origine de l'accès, et cette aura peut affecter divers caractères. Elle est névralgique, vaso-motrice ou cardiaque. Et dans l'intensité de ces auras commence la ligne de démarcation entre les accès frustes et les crises sévères.

L'aura névralgique débute par une douleur d'une extrémité, un doigt, par exemple, qui remonte le long du membre, gagne le tronc, la région mammaire et précordiale. Au lieu du doigt, siège initial, un autre point du corps fixe la manifestation douloureuse commençante. Les flancs, les membres inférieurs, le testicule, l'ovaire peuvent fournir le point de départ, mais ces dernières éventualités sont plus rares.

Une sensation de froid, de la pâleur des téguments, de la cyanose constituent l'aura vaso-motrice. Les battements artériels s'effacent; le malade a des vertiges, des lipothymies, des syncopes avec chute. Inutile de dire que ces derniers accidents, d'apparence dramatique, n'appartiennent qu'aux formes sévères.

L'aura cardiaque se caractérise par des palpitations. Celles-ci peuvent durer tout le temps de la crise; le cœur est secoué avec force; il bat irrégulièrement, parfois il est ralenti.

Les auras partent d'ordinaire d'une zone hypéresthésique dont la sensibilité s'exaspère tout à coup. Ces zones persistent dans l'intervalle des crises et durent pendant de longs mois, ce qui les distingue des zones hypéresthésiques de l'angine de poitrine vraie, lesquelles ne se prolongent pas au delà de quelques jours. On retrouve ces points douloureux au niveau de la région précordiale, de la pointe du cœur, du rachis (clou dorsal de Huchard), de l'ovaire.

Ils donnent naissance à des irradiations multiples qui n'atteignent pas seulement la région cervicale et le bras gauche, comme dans l'angine coronarienne; les élancements douloureux frappent le bras droit, les hypocondres, la région inguinale, les membres inférieurs. Tout cela est tapageur et divers; des larmes, des cris, des pleurs font accompagnement et créent à la douleur un cortège tumultueux qu'on ne retrouve pas dans l'angine de poitrine vraie.

En outre des troubles respiratoires absents également de la crise coronarienne compliquent celle-ci de dyspnée, de polypnée, de spasmes de la glotte. On a même observé de l'œsophagisme dans quelques cas. Ces symptômes, si variés et effrayants pour le malade et son entourage, surviennent chez les hystériques héréditaires ou chez ceux qui présentent des signes accusés de la névrose. Ils ne prennent guère place dans l'histoire des hystériques de circonstance, de ceux qui ne sont touchés que légèrement, de par une fatigue insolite, des excès, une maladie infectieuse antérieure, un vice de nutrition (arthritisme).

Digitized by Google

Entre les différentes causes qui ouvrent porte à ces accidents, il en est une bien remarquable et qui met bien souvent à l'épreuve la perspicacité du clinicien. J'entends l'existence d'une affection organique du cœur, sur laquelle vient se greffer la crise d'angine hystérique. La névrose, en pareil cas et comme on l'a démontré, n'est que le satellite de l'affection cardiaque.

Voici un jeune homme de 29 ans, peintre en bâtiments, et qui, du reste, a été, il y a quelques années, traité pour des coliques de plomb. Notons tout de suite la présence antérieure du saturnisme; elle n'a peut-être pas été étrangère au développement ultérieur de l'hystérie.

Depuis sa jeunesse, ce garçon est atteint, suite d'une scarlatine, à la fois d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale. Mais cette double lésion ne le fait pas souffrir, jusqu'au jour où, suite d'excès de tabac et vénériens, paraissent d'autres signes : des palpitations, des douleurs à la région précordiale très vives et accompagnées de chute. On pouvait bien accuser quelque peu l'empoisonnement nicotinique comme cause de ces accidents; mais ceux-ci se prolongèrent avec une persistance qu'on ne trouve guère en pareil cas, une fois la cause toxique supprimée avec la privation de tabac. A quatre reprises différentes, le malade revint dans nos salles. D'abord sujet à des crises nocturnes multipliées, durant jusqu'à 1 et 2 heures, et se traduisant par des palpitations avec douleurs précordiales irradiées dans le bras gauche, il alla mieux sous l'influence du traitement et bientôt ne présenta plus qu'une seule crise, tous les soirs, revenant entre 7 et 9 heures.

Une autre malade rendit encore le diagnostic plus malaisé :

Il s'agit d'une vieille femme, hystérique invétérée depuis le jeune âge, souffrant tout d'abord de douleurs névralgiques (sciatique, névralgie faciale), puis de vomissements incoercibles; plus tard, vers 31 ans, de douleurs préaortiques et cardiaques. A 46 ans, elle subit une opération (curettage utérin); elle se réveille de son sommeil anesthésique avec une dyspnée qu'elle garde plusieurs mois.

Aujourd'hui, elle présente une double maladie : une insuffisance cardiaque, fonction de myocardite, et une inflammation chronique de l'aorte. Le cœur fléchit à tout instant, il se dilate, le foie s'engorge et la digitale doit être administrée.

Sous son action, le cœur va mieux, mais il persiste toute une série de troubles très bruyants. La malade souffre de partout; une hyperesthésie générale recouvre les téguments, on ne peut toucher la région précordiale, la région préaortique, les hypochondres sans arracher un cri; la nuit des irradiations douloureuses partent dans les deux bras et les deux jambes, la région précordiale étant elle-même le siège d'une constriction très pénible.

Sans doute cette malade présentant des accidents de cardio-sclérose, il n'est pas impossible que ses coronaires aient été touchées; d'autre part elle offrait aussi du côté des reins des signes d'une lésion commençante (polyurie, densité faible des urines, perméabilité rénale diminuée). N'empêche que sa cardio-sclérose doublée de sa néphro-sclérose au début n'eût pas été capable de produire un tableau morbide si douloureux et d'une douleur à la fois si superficielle et si permanente. Des phénomènes d'angine de poitrine hystérique avaient pris possession de son terrain cardiaque, et une fois établis, ils ne rétrocédaient plus. C'est que la maladie, si elle guérit aisément au début, si les paroles rassurantes du médecin aidées de quelques remèdes calmants (bromures, valérianates), viennent à bout de l'angine de poitrine hystérique atténuée, il n'en est plus de même dans les formes graves. Celles-ci durent désespérément. Pierre Marie a rapporté l'histoire d'une femme de 80 ans; à 17 ans, ses premières crises avaient débuté et parvenue à l'extrême vieillesse, elles ne la quittaient pas encore.

La suggestion du médecin, pour porter fruit, doit pouvoir opérer sur un cerveau qui n'est pas fixé dans son habitude mentale et dans la préoccupation de son mal par la sollicitude empressée de l'entourage. Il faut enlever les hystériques à leur milieu et les isoler. Si cette précaution est prise dès le début, le mieux ne tardera pas. Quelques semaines suffiront pour la guérison. Plus tard et une fois le pli morbide fortement accusé, il sera bien difficile de le réduire. En tout état de cause, on agira non seulement sur le moral du patient, on attribuera aussi à ses tares physiques la médication appropriée.

Les neurasthéniques seront isolés et soumis au repos; on leur prescrira des phosphates, des cacodylates. Aux anémiques on conseillera le fer et le repos, aux arthritiques, les alcalins, la lithine, une alimentation végétarienne. On supprimera la cause toxique, si elle existe, on traitera l'estomac qui souffre et présente de l'hyperchlorhydrie souvent, parfois de l'hypochlorhydrie.

Chez les cardiaques, on pratiquera la révulsion précordiale; on conseillera le repos, et la digitale sera prescrite en cas d'insuffisance du myocarde.

L'accès lui-même sera traité; car dans des cas exceptionnels et malgré le pronostic rassurant, il a pu entraîner des accidents graves. Potain a vu deux morts dans l'angine hystérique.

Les bromures et le valérianate qui suffisent aux cas bénins, les inhalations de nitrite d'amyle et les gouttes de trinitrine (quelques gouttes de la solution au 100e) qui combattent avec succès les formes vaso-

Digitized by Google

motrices, l'antipyrine et la phénacétine qui calment les douleurs modérées, seront ici renforcés d'un agent plus actif : la morphine en injections sous-cutanées. Celles ci pourront être renouvelées, mais avec précautions. On songera toujours au danger possible de la morphinomanie.

J'ai prescrit avec succès le chlorhydrate d'héroïne en comprimés de 5 milligr. 3 à 4 fois dans les 24 heures ; la cocaïne aussi peut rendre quelques services quand il existe des troubles gastralgiques concomitants (un centigr. avant les repas). Les injections sous-cutanées de sérum rendent des services dans les névralgies; on les pourra utiliser.

Le traitement par les agents physiques ne sera pas négligé. Laënnec recommandait déjà l'application d'aimants sur la région précordiale. On pourra y recourir à l'occasion. Le praticien trouvera une excellente ressource dans l'emploi d'applications chaudes sur la région précordiale (compresses chaudes, sacs de caoutchouc emplis d'eau chaude). Des bains tièdes, des douches chaudes seront utiles dans l'intervalle des accès. Quelques stations thermales (Néris, Luxeuil, Bourbon-Lamy) jouissent dans les névroses douloureuses d'une grande réputation. On y pourra adresser les malades, en se souvenant toutefois que, installés à la station balnéaire, ils éprouvent les effets d'actions multiples : outre celle de l'eau chaude, l'action morale résultant du changement de milieu et aussi l'influence morale du médecin. On a dit depuis longtemps : « Tant vaut le médecin, tant vaut la station balnéaire. » Une grande part de vérité est incluse dans cette affirmation.

Consultation Clinique et Thérapeutique

Les prématurés

Par le Dr L. Hahn

I

Les prématurés, ou enfants nés viables avant terme, à partir du sixième mois de la vie intra-utérine, sont le plus souvent atteints de débilité congénitale. Ils présentent les caractères suivants : corps petit, grêle; peau mince, molle, d'un rouge vif uniforme, souvent d'un rouge mêlé de jaune, transparente ; ongles minces et courts ; face petite, plissée, avec menton pointu ; torpeur et somnolence générales ; inertie et flaccidité musculaires ; ossification du crâne incomplète ; fontanelles larges, chevauchement des os les uns sur les autres, crépitation parcheminée ; membrane pupillaire persistant jusqu'à six mois et demi de vie intra-utérine ; faiblesse et insuffisance des mouvements de succion ; « les cris sont sans vigueur, rares, aigus, monotones... ; la respiration est superficielle et irrégulière ; elle est faible, peu sensible... ; le murmure vésiculaire est à peine perceptible » (1). Souvent, « après la première entrée en fonctions du centre respiratoire..., il s'établit un rythme rappelant le phénomène de Cheyne-Stokes » (2). Les battements du cœur sont faibles, quelquefois ralentis, presque toujours à peine perceptibles, souvent trou de Botal (6 mois 1/2 à 7 mois) ouvert. Plus tard les prématurés présentent fréquemment de l'incontinence d'urine, du strabisme, du nystagmus passager, du lymphatisme, de l'anémie, souvent du rachitisme, de l'infantilisme.

Les prématurés ont un poids inférieur à la moyenne, mais proportionné à leur âge. L'inachèvement de leurs organes, qui amène à la fois une diminution d'intensité et un trouble dans leur fonctionnement (en particulier pour le poumon, le tube digestif et le foie), détermine indirectement de l'hypothermie, car « l'inaptitude fontionnelle partielle entraîne comme conséquence un ralentissement des échanges » (3). Nous aurons l'occasion de revenir sur l'hypothermie et les graves conséquences auxquelles elle expose le prématuré.

Ce dernier présente quatre sortes principales de débilité : 1° la *débilité de non-formation* où « les éléments chimiques protoplasmiques de la cellule, capables de fonctionner, ne sont pas en assez grand nombre pour lui permettre de développer avec la meilleure utilisation... des combinaisons chimiques capables d'assurer la production d'une énergie suffisante pour atteindre le but donné » ; 2° la *débilité par intoxication* ; 3° la *débilité par mauvaise qualité protoplasmique* : « cette débilité dépend d'une mauvaise disposition ou d'une disposition moins harmonique des éléments chimiques qui forment la base du protoplasme... ; à chaque individu correspond une individualité protoplasmique différente. Pour atteindre le même but, deux individualités protoplasmiques différentes accomplissent des travaux chimiques différents et tels que les travaux effectués par l'une, sont forcément plus, sinon beaucoup plus considérables que ceux effectués par l'autre, pour un but similaire à atteindre. Tout cela dépend de la plus ou moins grande facilité du protoplasme à disposer et à utiliser les éléments chimiques pour accomplir avec le moins de dépenses possible la tâche assignée, et cette plus ou moins grande facilité de disposition et d'utilisation dépend, elle-même, de la disposition et de la répartition primordiale des éléments chimiques constituant le protoplasme fondamental de

(1) C. Hahn. *Des prématurés : caractères, pronostic, traitement.* Thèse de Paris, Steinheil, 1901, in-8 ; p. 83.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*, p. 31.

Digitized by Google

la cellule de l'individu » ; 4° la *débilité par apport insuffisant de matériaux* (1).

A ces quatre sortes principales de débilité, correspondent des caractères cliniques (maigreur, température plus ou moins basse, etc.), sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir plus loin, à propos du traitement prophylactique.

***

On observe généralement, chez les prématurés, une chute thermique initiale très marquée, plus prononcée que chez les enfants nés à terme. « Ainsi la température rectale qui d'habitude tombe, dans les premières heures de la vie extra-utérine, à 36°5 ou 36°, peut s'abaisser à 33° chez les prématurés » (2); et au lieu d'atteindre la température de 37° vers le quatrième ou cinquième jour, comme cela arrive généralement chez les enfants à terme bien constitués, les prématurés n'atteignent souvent cette température que vers le dixième, douzième, quatorzième, etc. jour.

La température est généralement irrégulière dans les débuts ; ses modifications peuvent être liées à des symptômes gastro-intestinaux, tels que la constipation, la diarrhée et les vomissements. Il y a danger pour le prématuré toutes les fois que « la température s'abaisse au dessous d'une certaine limite, que nous pouvons évaluer, du moins d'après les observations que nous avons vues, à 32°, dans ce que nous croyons être la moyenne des cas... Une température basse persistante, se tenant aux environs de 33°, 33° 5, 34°, avec de faibles ascensions seulement pendant quelques jours, peut être du plus fâcheux pronostic » (Loc. cit., p. 25).

« Un prématuré a d'autant plus de chances de présenter une température basse subnormale, que son poids de naissance est plus petit, que l'achèvement de ses organes est moindre, que la vigueur de ses tissus, autrement dit la qualité de son protoplasme, est moindre, et qu'il est plus taré » (Loc. cit., p. 26). « Au point de vue du pronostic, sauf les cas où la température reste constamment basse pendant un temps relativement long, on ne peut se baser sur la température seule pour établir un pronostic ferme... Quand la température reste stationnaire à 33°, 34°, 35° chez un prématuré, que ce soit ou non dans une couveuse et surtout si elle s'accompagne d'un abaissement de poids corrélatif, le pronostic est presque toujours fatal » (Loc. cit., p. 28).

Le prématuré est soumis à diverses causes d'hypothermie telles que : la déperdition par augmentation de la surface rayonnante, l'absence ou le faible développement du tissu cellulaire sous-cutané, corps mauvais conducteur, le refroidissement lié au changement total et brusque des conditions biologiques, à l'évaporation du liquide amniotique sur une surface relativement plus considérable que chez l'enfant à terme, jouent un rôle prépondérant dans la première heure de la vie. Mais c'est chez les prématurés une forme d'hypothermie due à une insuffisance dans l'oxydation des tissus, liée elle même à une insuffisance dans l'assimilation, la réparation des organes et l'élimination de leurs déchets, c'est-à-dire à une plus grande lenteur dans l'accomplissement des échanges. Cette hypothermie, je l'appellerai essentielle et fonctionnelle pour l'opposer à l'hypothermie symptomatique, qui se rencontre surtout dans les malades où l'on observe une intoxication générale.

Les prématurés sont plus exposés à contracter des maladies que les enfants à terme. Ces maladies sont : la gastro-entérite passive des premiers jours, des hémorragies gastro-intestinales, la dyspepsie, la gastro-entérite aiguë dont la diarrhée verte est une forme, l'athrepsie, le muguet, l'ictère ; l'atélectasie pulmonaire avec apnée, la cyanose, la pneumonie, la broncho-pneumonie ; les œdèmes d'origines circulatoire et pulmonaire ; le sclérème, les maladies du cordon ; les infections bacillaires, streptoccociques, etc. Nous allons décrire succinctement, dans l'ordre où nous les avons énumérées, ces diverses affections.

Nous n'avons rien à dire de particulier de la *gastro-entérite par hyperémie passive* sinon qu'elle est provoquée par l'accouchement. Trois caractères propres aux prématurés, concourent à produire la *dyspepsie* si fréquente chez eux ; ce sont : 1° la digestion incomplète, due à un manque de production des acides et des sécrétions glandulaires en général, d'où résidus fermentescibles et fatigue stomacale ; le foie peut, du fait de son inachèvement « amener une difficulté dans l'utilisation des corps gras et des hydrates de carbone en général, comme l'a prouvé un des premiers Arnaud, de Turin » ; 2° la faiblesse de la musculature stomacale, d'où brassage difficile du caillot de lait de vache, par exemple, dans le cas de l'allaitement artificiel ; 3° à ces deux causes on peut, à mon avis, ajouter une troisième que j'ai appelée dilatation stomacale atonique précoce (1).

Gastro-entérite aiguë. Les prématurés sont fré-

(1) Pour plus de détails, voir le chapitre XII de ma thèse : *Aperçu théorique sur l'état du fonctionnement vital chez les prématurés débiles*, p. 122-131.

(2) C. Hahn. *Loc. cit.*, p. 17.

(1) Voir p. 49 et 56-57 de ma thèse. Signalons d'autres causes encore, qui sont celles qu'on voit, chez les enfants à terme, déterminer la dyspepsie : l'allaitement artificiel, les altérations chimiques du lait, l'excès d'alimentation, les infections nées sur place, l'allaitement naturel mal réglé, etc., pour ne citer que les principales.

Digitized by Google

quemment atteints de gastro-entérite, depuis les formes les plus légères, jusqu'à celles plus graves qu'on comprend sous le nom de *choléra infantile*. La gastro-entérite aiguë ou subaiguë, qui survient dans les deux premières années chez les prématurés comme chez les enfants à terme, présente son maximum de fréquence dans les premières semaines, vers les 3e, 4e et 5e mois et plus tard à l'époque du sevrage, vers les 12e, 13e jusqu'au 20e mois. Les symptômes essentiels sont : la diarrhée, les vomissements, une soif vive, la fièvre. Les vomissements peuvent cependant quelquefois manquer et plus exceptionnellement encore la diarrhée (*choléra sec* d'Hutinel). Lorsque l'intoxication est profonde, et le prématuré très débile, on observe l'algidité périphérique, la cyanose et le collapsus, dont le pronostic est presque toujours fatal. Dans les formes bénignes, les selles sont relativement fréquentes (5, 6, 7 dans les 24 heures), plus ou moins verdâtres, ou encore blanches et fétides. Dans les formes aiguës, les selles séreuses contiennent des pellicules verdâtres très fétides, hachures d'épinards, qui forment, avec les gaz développés, de la mousse verte. Souvent encore, on voit apparaître un érythème qui généralement se localise aux fesses. Les deux causes principales de gastro-entérite sont: 1° l'allaitement artificiel, surtout lorsque le lait n'est pas convenablement stérilisé ou contient des toxines microbiennes, faute d'avoir, après la traite, été stérilisé en temps voulu ; 2° l'influence des mauvais mois: bon nombre d'enfants meurent aux mois d'été, en août et septembre principalement, surtout lorsqu'ils sont soumis à l'allaitement artificiel.

Hémorragie gastro-intestinale. Les hémorragies gastro-intestinales (ecchymoses et mélœna) peuvent, comme l'a montré récemment Audry, ne pas se faire jour à l'extérieur. Sur 100 autopsies d'enfants débiles, ayant succombé dans des crèches, Audry a rencontré 14 fois des hémorragies considérables ; de ces 14 cas, la presque totalité se rapportait à des prématurés.

Athrepsie. — Les prématurés en sont atteints beaucoup plus fréquemment que les enfants nés à terme. La débilité congénitale et l'allaitement artificiel sont les causes principales de l'athrepsie. Celle-ci est toujours précédée d'un état dyspeptique et c'est lorsque l'infection résultant des fermentations élaborées dans le tube digestif et causes d'une assimilation défectueuse, a persisté un certain temps, que les prématurés prennent la cachexie gastro-intestinale, l'athrepsie. On la reconnaît : 1° aux caractères suivants : peau sèche, écailleuse ; affaissement des fontanelles ; figure ridée, vieillotte ; aspect simien ; refroidissement, cyanose des extrémités, hypothermie progressive ; 2° à l'aspect des selles qu'on a comparées à des graviers qui auraient roulé dans du plâtre malpropre, d'après Loranchet. Cependant, dans les derniers temps de la maladie, les selles deviennent aqueuses et prennent une odeur repoussante.

Muguet. — La faible vitalité des tissus chez les prématurés, jointe à l'extrême sécheresse de leur muqueuse buccale et à l'absence de salive, peut amener la production d'un muguet souvent très étendu, avec dysphagie lorsque l'œsophage est envahi, ce qui maintenant est assez rare.

Ictère. — Les prématurés présentent souvent, les premiers jours, une coloration ictérique intense, très étendue, et qui sur le fond rouge de la peau donne lieu à la production d'une teinte qu'on peut comparer, avec Lafoy (1), à l'écorce de grenadier. D'après Baumel, la cause de l'ictère des prématurés réside avant tout dans la difficulté respiratoire et circulatoire, car le foie n'étant pas comprimé par suite de le faiblesse des mouvements du thorax et du diaphragme, faiblesse que l'atélectasie fréquente contribue encore à renforcer, il s'ensuit que la bile stagne, d'où ictère. Signalons encore une autre cause : destruction active des éléments du sang fœtal remplacé par des éléments nouveaux ; fonctionnement imparfait de la cellule hépatique ; infection microbienne par stagnation biliaire.

Atélectasie. — Les prématurés sont souvent atteints d'atélectasie pulmonaire non seulement partielle, mais totale. Elle peut persister un certain temps.

L'atélectasie, d'après Miller, en diminuant l'entrée de l'air, détermine la stagnation du mucus qui par suite se décompose. Le prématuré se trouvant dans l'impossibilité de le rejeter, elle le prédispose par cela même à la pneumonie. L'atélectasie est due à l'état fœtal du poumon ; l'air pénètre bien dans les grosses bronches, mais en certains points il ne parvient pas à dilater les bronchioles : d'où insuffisance des échanges respiratoires. L'apnée, la cyanose, l'œdème, peuvent à ce titre, résulter de l'atélectasie.

Cyanose. — Il existe une forme de cyanose fréquente chez les prématurés, la cyanose par déplissement incomplet du poumon. Elle s'accompagne souvent de crises d'apnée avec coloration noire du tégument. On la reconnaîtra et la distinguera de la cyanose par malformation cardiaque aux signes suivants : œdème cyanotique, refroidissement souvent considérable, faiblesse de la respiration, absence de perception du murmure vésiculaire, obscurité du son de percussion, particulièrement aux bases, etc.

(1) *Faiblesse congénitale et ictère des nouveau-nés.* Thèse de Montpellier 1901, n° 22.

Digitized by Google

La cyanose cardiaque, liée à la persistance du trou de Botal, n'est pas continue ; elle se présente par accès : on observe une coloration violacée siégeant sur la jambe et s'étendant sur l'avant-bras en commençant par la périphérie, un bleuissement de la face par accès, quelquefois des mouvements spasmodiques offrant l'apparence de convulsions.

Il existe une forme de cyanose caractérisée par des accès apparaissant brusquement et pouvant durés quelques semaines, que M. Budin rattache à une insuffisance alimentaire, mais que Mme Henry met sur le compte d'une surcharge gastrique, l'asphyxie disparaissant après vomissement d'un caillot de caséine. Quoi qu'il en soit, la cyanose par insuffisance alimentaire me paraît certaine, elle est démontrée par la pesée avant et après la tétée (1), mais il se peut également que dans un certain nombre de cas l'explication de Mme Henry soit applicable.

Dans la mort apparente, il existe une forme asphyxique avec cyanose du tégument, conservation du pouls, résolution musculaire.

Pneumonie. — Elle présente souvent le caractère de ne pas provoquer de toux, ni même d'élévation de température. Il existe une forme de pneumonie, assez fréquente autrefois chez les prématurés, la pneumonie, dite de déglutition, généralement consécutive à l'introduction dans les voies respiratoires de lait et des produits du muguet.

Broncho-pneumonie. — La broncho-pneumonie qui est une complication si fréquente des diverses affections des prématurés (athrepsie, gastro-entérite, muguet, etc.), est due à l'état défectueux des voies respiratoires par suite du déplissement incomplet du poumon, et surtout à la débilité de non-formation grâce à laquelle l'organisme devient un véritable bouillon de culture vis-à-vis des germes qui lui parviennent de l'extérieur, affaibli qu'il est dans ses moyens de défense. Les prématurés présentent une hypothermie d'autant plus grande et un déplissement alvéolaire d'autant plus incomplet qu'ils sont plus éloignés du terme ; il s'ensuit que les broncho-pneumonies seront d'autant plus fréquentes que le prématuré est plus hypothermique, ce qui ne veut pas dire que ce soit l'hypothermie elle-même, qui soit la cause de la broncho-pneumonie, puisqu'elle n'est que l'expression de la débilité.

(1) « Si la débilité congénitale est incontestablement la cause première de ces accès de cyanose, dit le Dr d'Astros, il faut, d'après moi, pour leur pathogénie, chercher ailleurs que dans une insuffisance d'alimentation. Chez ces prématurés, la réflexe respiratoire s'établit plus difficilement et plus mal, que chez l'enfant né à terme, et je pense que l'insuffisance de l'influx nerveux produit des demi-syncopes respiratoires, qui ont comme conséquence des accès de cyanose ». *Marseille médical*, n° 24, décembre 1901, p. 748.

Symptômes. — Chez le prématuré *hypothermique*, on observe une simple inappétence vis-à-vis du sein de la mère, un ralentissement dans l'accroissement des poids quotidiens, et souvent même une diminution de poids pouvant aller jusqu'à 200 gr. Souvent l'enfant en vient à refuser complètement le sein; sa température oscille dans les environs de 34 - 35°, il présente de la dyspnée, se cyanose et meurt. A l'auscultation on observe des râles crépitants et muqueux, à timbre sec, souvent du souffle, ou simplement un faible bruit respiratoire. Dans la forme *hyperthermique*, outre l'inappétence vis à-vis du sein ou le rejet du lait donné à la cuiller, la diminution du poids, outre les signes d'auscultation donnés plus haut, on observe dans la généralité des cas une plus ou moins grande élévation de température qui peut atteindre 38 - 39°, de l'ictère plus ou moins intense, des convulsions et vomissements, avec ou sans diarrhée, de la dyspnée et de la cyanose progressive, suivis de mort.

Œdèmes. — Signalons deux sortes d'œdèmes; les œdèmes *cardiaques* dus à une asthénie du myocarde ou a une communication interauriculaire, les œdèmes *pulmonaires* dus au déplissement incomplet du sac pulmonaire (voir *Cyanose*).

Sclérème. — Le sclérème, assez fréquent chez les prématurés, comparativement aux enfants à terme, quelquefois congénital, habituel dans les huit premiers jours et souvent accompagné d'œdème, est caractérisé par une induration avec dessication de la peau, par une raideur constante, complète, des parties envahies, donnant la sensation de bois dur, par une somnolence comateuse, des convulsions et des troubles digestifs. Lorsque l'œdème débute en même temps que le sclérème, au lieu d'une peau dure d'emblée, ne conservant pas l'empreinte du doigt et faisant corps avec les parties sous-jacentes, on observe une mollesse pâteuse des parties œdématiées, qui garde l'empreinte du doigt, et c'est seulement lorsque l'œdème augmente que la peau devient dure. La température peut s'abaisser à 22° et le pouls tomber à 40 battements par minute (Miller).

Maladies du cordon. — En raison de la faible coagulabilité du sang, de la fragilité des parois artério-veineuses, le prématuré présente une tendance aux hémorragies. Aussi chez eux les *omphalorragies*, qui reconnaissent outre les causes précitées, une autre, c'est-à-dire l'abaissement de la pression sanguine dans les vaisseaux ombilicaux, sont relativetivement plus fréquentes que chez les enfants à terme. On a observé la *gangrène* du cordon ombilical, Quant à la cicatrisation consécutive à la chute du moignon, elle se ferait très lentement.

Rétention d'urine. Urémie. — S'observent souvent par suite d'une accumulation dans les reins d'infarctus d'acide urique.

Digitized by Google

Infections. — Les infections tant localisées que généralisées sont plus fréquentes chez les prématurés en raison de leur débilité qui diminue la puissance de réaction de l'organisme vis-à-vis des microbes et de leurs toxines. Plus le prématuré est hypothermisé, c'est-à dire a un ralentissement dans son fonctionnement vital par suite de sa non formation ou d'une autre cause de débilité, plus sont fréquentes les infections localisées ou généralisées. Le streptocoque, le colibacille, le staphylocoque et le pneumocoque sont les microbes qu'on rencontre le plus fréquemment. Chez les prématurés hypothermisés il n'est même pas nécessaire que le microbe soit virulent pour que l'infection se produise. Je suis convaincu pour ma part que le microbe peut arriver *non virulent* au contact des tissus, et qu'il est alors envirulé postérieurement par les produits toxiques et les déchets que l'organisme débile est incapable d'éliminer en quantité suffisante. Une fois envirulé dans l'organisme, si ce dernier ne possède pas une phagocytose assez active ou dans ses humeurs un pouvoir bactéricide, antitoxique, suffisant, le microbe prolifère et infecte par ses toxines toute l'économie.

Ce n'est pas là une hypothèse gratuite : signalons à l'appui un fait entre beaucoup d'autres, et qu'il me soit permis pour cela de faire une légère digression. C'est un fait connu de beaucoup de médecins de la marine et d'un grand nombre de médecins américains, que la fièvre jaune peut se prendre sur des navires se dirigeant sur Colon, par exemple, jusqu'à trois ou même cinq jours de marche avant de parvenir à cette dernière localité, et cela, sans avoir touché à aucun point contaminé, tandis que sur les navires se rendant à Panama, il n'apparaît jamais de cas de fièvre jaune au large. Je ferai remarquer qu'en pleine mer, à plus de 70 kilomètres au large de la côte, l'air est absolument dépourvu de germes pathogènes (1) et partant du microbe de la fièvre jaune en particulier et que ce sont d'autre part, les passagers les moins résistants, qui sont frappés. On voit par là le rôle que peut jouer le microbe, et dans ce cas particulier les émanations telluriques par rapport à l'organisme. Bien que je possède un certain nombre de documents concernant la fièvre jaune et confirmant mes assertions, je m'en tiendrai là, considérant ce que j'avance comme suffisamment prouvé.

Comme infections localisées (2), on observe entre autres les gastro-entérites aiguës, la broncho-pneumonie, dont nous avons déjà parlé, le *coryza infectieux* survenant surtout chez des prématurés à température normale et considéré par Delestre comme un moyen de défense réactionnel, coryza qui peut envahir les régions avoisinantes, amenant la production d'otites, de pharyngites, de trachéo-bronchites, broncho-pneumonies, etc. ; enfin les infections cutanées (3), crasse de la séborrhée, pustule impétigineuse, croûtes eczémateuses, sphacèle, lymphangite, adénite, érysipèle, et, d'après Bertin, la septicémie une fois la barrière ganglionnaire franchie.

Les infections généralisées ou septicémies à streptocoques, à colibacilles, etc., présentent les mêmes symptômes généraux que ceux décrits à propos de la broncho-pneumonie : inappétence par rapport au sein, convulsions, ictère, vomissements, diarrhée, modifications du rythme respiratoire (inspiration brève, expiration légèrement prolongée), dyspnée et cyanose progressive, mort.

(1) Il ne paraît pas, dit Proust, que le mode de propagation par l'air puisse s'étendre à des distances considérables .. Le choléra lui-même, comme on l'a depuis longtemps fait observer, chemine assez lentement et semble s'attacher aux pas d'un voyageur. » *Traité d'hygiène* (2e édition), p. 345.

(2) Voir Délestre, *Les infections chez le prématuré ;* Thèse de Paris, 1901; et Bertin, *Contribution à l'étude des infections des nouveau-nés dans les couveuses ;* Thèse de Paris, 1899.

(3) Elles sont favorisées par la desquamation très intense des premiers jours, source de fissures, et la délicatesse des téguments.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le safran, adjuvant des médicaments anti-catarrhaux dans les bronchites chroniques

Par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

« Le safran n'a pas seulement la propriété de pousser les mois, écrivait P.-J. B. Chomel dans son *Abrégé de l'histoire des plantes usuelles* ; il est aussi très propre aux maladies du poumon ; on le fait infuser dans le lait qu'on donne aux pulmoniques ; cinq ou six grains suffisent ».

Je le rappelais naguère : Richard Morton, en incorporant le safran à ses « pilules balsamiques » qu'il recommandait dans la phtisie pulmonaire, ne visait probablement qu'à rétablir chez les femmes phtisiques la menstruation supprimée ou en empêcher la suppression ; il ne soupçonnait pas que l'huile essentielle emménagogue — le safranoel — contenue dans les pistils du safran est un anti-catarrhal du groupe des terpènes ou térébenthènes par la solution desquels en vaseline liquide on a depuis traité hypodermiquement avec succès les catarrhes anciens des bronches. L'illustre praticien anglais associa donc, sans s'en douter, un anti-catarrhal, le safran, aux diverses drogues de ses pilules qu'on emploie avec de très sérieux avantages dans les bronchites chroniques vulgaires et dans les bronchorrhées des emphysémateux. Il avait eu — le savait il ? — pour devancier, Wedel, dont la remarquable dissertation *De catarrho* date de 1701 ; mais la quantité de safran renfermé dans l'élixir pectoral de Wedel est réellement peu de chose comparée à celle des substances (myrrhe, gomme ammoniaque) qui répriment les sécrétions, et à celle des médicaments (benjoin, scille, aunée) qui sollicitent leur expulsion.

Digitized by Google

L'élixir de Werlhof, à la fois « balsamique » et « stomachique », était plus riche en safran qui s'y rencontrait avec la myrrhe, le carbonate de potasse, le quinquina, l'écorce d'orange amère et les extraits de chardon-bénit et de gentiane.

La « poudre anti-catarrhale » de la pharmacopée autrichienne est à 4 grammes de safran oriental pour 13 gr. 3 d'iris de Florence, 6 gr. 6 de soufre et 96 gr. de sucre : l'iris est plutôt hydragogue, laxatif; le soufre est anti-catarrhal comme l'huile volatile du safran.

Le safran faisait partie des « pilules d'opium balsamiques des hôpitaux de Paris » avec le storax, l'oliban, le benjoin, le mastic, l'essence de succin, le suc de réglisse et l'extrait thébaïque.

Le safran encore est, avec le baume de soufre anisé, avec l'extrait de jusquiame blanche, avec l'acétate de morphine, un des principaux éléments des bols de Bally « contre les catarrhes accompagnés de beaucoup d'irritation et dans lesquels on veut néanmoins favoriser l'expectoration ».

Lecchius, — comme plus tard Hertodt, l'auteur de *Crocologia*, — envisageait probablement moins les vertus anti-catarrhales du safran que ses vertus anti spasmodiques lorsqu'il combattait les accès d'asthme par une poudre à 0 gr. 50 de safran et 0 gr. 05 de musc.

Rivière, Boyle, Lecchius, plus tard Hertodt, lui attribuent — dans l'asthme, il est vrai — des vertus antispasmodiques; ils prescrivaient, à prendre le soir en se couchant, 8 à 10 grains de safran dans du vin (Rivière) ou dans du sirop de violette (Boyle), ou mêlé avec un grain de musc (Lecchius).

Quoi qu'il en soit, à nous qui l'avons souvent prescrit dans les bronchites chroniques concurremment avec la gomme ammoniaque ou avec les baumes, il nous reste cette impression — tout extraordinaire que cela puisse paraître de prime abord — qu'il ajoute quelque chose à leur action anti-catarrhale ; et qui sait si son huile essentielle antispasmodique, et peut-être antiseptique, qui s'élimine comme sa résine par le poumon, n'apaise pas aussi la toux en anesthésiant les terminaisons alvéolo-bronchiques des nerfs vagues?

Formulaire du Praticien

Les syphilides muqueuses des amygdales et de l'isthme du gosier

Du volume publié par le Dr Marmonier (1) dont il a été parlé précédemment, nous tirons les excellentes indications suivantes :

(1) Dr Marmonier. Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis. (Oct. Doin, *édit.*)

Traitement interne. — Bien que le traitement interne soit sans action sur les plaques muqueuses, on le continuera néanmoins, parce qu'il agit sur la diathèse syphilitique, et par là-même, prévient le retour des plaques muqueuses. Eviter la stomatite qui ne servirait qu'à exaspérer les lésions buccales.

Traitement hygiénique. — Avertir le malade qu'il peut transmettre la syphilis par la salive, les baisers, les verres, etc. Interdire le tabac, les liqueurs, les boissons alcooliques, les mets épicés, faire nettoyer les dents, arracher les chicots et les dents gâtées, rincer la bouche après chaque repas. Faire brosser les dents, matin et soir, avec une brosse douce, saupoudrée d'une poudre dentifrice.

Poudre de charbon.....	10 grammes
— de quinquina.....	

Traitement local. — Tant que la cavité buccale est irritée, enflammée :

Gargarismes émollients, bains de bouche répétés plusieurs fois par jour avec du lait, de la décoction d'orge, de guimauve additionnée ou non d'une décoction de pavot.

Lorsque l'inflammation de la cavité buccale s'est amendée, gargarismes fréquents avec du chlorate de potasse (4 à 5 gr.) dans une infusion de 2/100 de feuilles de coca.

On peut encore prescrire :

Eau d'orge.....	500 grammes
Alun.....	7 —
Miel Rosat.....	àà 100 —
Sirop diacode.....	

Badigeonner les plaques muqueuses plusieurs fois par jour avec un pinceau d'aquarelle imbibé avec le collutoire suivant :

Glycérine pure.....	30 grammes
Borate de soude.....	10 —

En cas de douleurs, user de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 grammes
Eau distillée.....	20 —

Cautériser les plaques muqueuses, mais non avec des caustiques trop faibles (solution de nitrate d'argent, teinture d'iode, sulfate de cuivre), ni trop forts (chlorure de zinc, acide chlorhydrique).

Il faut user du crayon de nitrate d'argent (bien effilé du bout, par friction, sur un linge mouillé), et cautériser tous les 3 ou 4 jours en moyenne.

Si les plaques sont multiples, confluentes, étendues, les cautériser en plusieurs séances ; un jour un certain nombre de plaques, le lendemain, les autres.

Le crayon se cassant, peut être avalé par mégarde:

Digitized by Google

le praticien ne s'alarmera pas outre mesure de cet accident; car les chlorures de l'estomac neutraliseront rapidement le nitrate d'argent; venir en aide aux chlorures en faisant avaler aussitôt au malade un grand verre d'eau salée.

Les plaques muqueuses anciennes et tenaces pourront être touchées très prudemment au nitrate acide de mercure tous les 5 ou 6 jours. On pourra, pour atténuer la douleur, badigeonner les plaques préalablement avec une solution de cocaïne à 1/20.

Plus tard, quand les plaques anciennes et rebelles auront été modifiées par des cautérisations au nitrate acide de mercure, revenir aux cautérisations avec le nitrate d'argent. — K. S.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Médecine Militaire

Notre article précédent sur la médecine militaire nous a valu plusieurs lettres. Le mal est plus grand qu'il ne semblait. Nos confrères de l'armée se plaignent et leurs griefs reposent sur des fondements justes. Les préjugés des officiers les froissent, les règlements les compriment.

Dans les corps, la vieille idée règne toujours, de la prééminence du soldat. Le médecin ne compte que comme une façon d'auxiliaire inférieur qui, tout en portant le même uniforme, paré du même nombre de galons, est séparé de l'officier du même grade, par des marques d'infériorité manifeste. Il ne commande pas les hommes, chemine à l'arrière du bataillon, est seul de son espèce ou à peu près. C'est toujours une faute d'être seul, seul de son intelligence, seul de son métier; les hommes n'aiment pas en général leurs semblables qui se particularisent par leur isolement. Il faut penser comme tout le monde, avoir le métier de tout le monde. Si les soldats étaient composés de médecins, et rien que de médecins, il en serait tout autrement. Ce seraient les médecins à qui reviendraient les honneurs; les officiers n'auraient, eux, qu'à suivre et à filer droit.

Il y a une quinzaine d'années, peut-être davantage, outrés du peu de considération qui les entourait, nos confrères de l'armée estimèrent qu'un changement dans la tenue aurait pouvoir de corriger cette injustice. Leur assimilation de grade aux officiers, ils demandèrent qu'elle fût rendue patente aux yeux de tous par le port des galons. C'était une broderie, ce me semble, qui ornait préalablement leurs manches et leur képi. Il leur semblait que d'être vêtus comme les officiers, cela rehausserait le prestige auxquels ils avaient droit. Ce changement n'a pas porté les fruits attendus. Son manque d'efficacité n'est pas pour surprendre.

Le progrès pénètre très lentement dans les groupements fortement organisés. On continue d'y vivre avec les notions du passé, alors que ces notions, tout à l'entour, ont reçu le choc des idées modernes et se sont ébranlées à ce contact. Jadis, et jusqu'il y a quinze ou vingt ans encore, l'armée était considérée comme le corps d'élite de la nation. En Allemagne et dans la plupart des pays d'Europe, cette suprématie de la carrière militaire sur toutes les autres règne sans contestation. Les rois et empereurs portent l'uniforme d'officier supérieur. En France, et ne parle pas des attaques injustes et dangereuses dont elle est l'objet de la part des partis extrêmes, l'armée, toujours considérée, toujours aimée, ne jouit toutefois plus, même auprès de ses plus chauds partisans, de cette supériorité de prestige qui l'élevait jadis au-dessus de toutes les autres carrières. Il y a des soldats, il en faut et c'est bien, mais il y a bien autre chose dans une nation. Les médecins se montrent tout aussi utiles et leurs services sont de tous les jours.

La médecine et la chirurgie ont fait d'immenses progrès depuis trente ans; l'art militaire en a réalisé aussi, mais dans un sens opposé. La médecine travaille à conserver, l'art militaire à détruire. J'entends qu'il arrivera un jour où le pouvoir de destruction sera tel, que fauchant dès la première heure toutes les rangées d'hommes qui seront opposées, nul n'osera plus en courir les risques. De l'excès d'efficacité meurtrière dans les agents de combat, sortira le sentiment de la crainte et le désir de sauvegarder sa peau.

Par un chemin très détourné, les nations reviendront à leur point de départ qui est celui de l'instinct de conservation Le rôle des soldats se confondra avec celui des médecins; la présence des premiers enseignant que la lutte à coups de fusil est impossible, et la vue des seconds, nous rappelant que nous pouvons vivre tranquilles et que les maladies infectieuses, évitables la plupart, n'ont qu'à se tenir.

Les soldats ne sont donc jamais que les auxiliaires du médecin, leur but aboutissant au sien qui est de sauvegarder les existences. Et alors, je ne comprends pas du tout, de la part d'officiers intelligents, cette sorte de mésestime où ils tiennent volontiers nos confrères militaires. Ou plutôt, je me demande si ce dédain ne reconnaît pas pour cause au moins, et dans une certaine mesure, le port de cet uniforme qui, étant identique ou à peu près, jure avec la diversité des fonctions. Les médecins ont la tenue d'officiers. Ils ne sont pas officiers. Ils ont le costume sans les attributions.

A mon faible avis et à tous égards, le simple costume civil, adopté par nos confrères de l'armée, vaudrait infiniment mieux. C'est là un sujet à discuter, et sur lequel j'attends l'avis de mes confrères militaires. — Z.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les phlegmons de l'aisselle. — Il existe deux variétés de phlegmons suppurés de l'aisselle : le phlegmon superficiel connu de tous les praticiens et qui, faisant suite à une excoriation ou à une écorchure habituelle des doigts, siège dans les ganglions superficiels de la base de l'aisselle et se traduit au bout de quelques jours par une petite poche, fluctuante, qu'une simple incision suffit à guérir. Et à côté de ce phlegmon superficiel, il existe des phlegmons profonds, ces derniers plus rares et que M. le Pr Tillaux, dans une récente leçon clinique, divise en 2 classes : 1° les phlegmons situés entre le grand et le petit pectoral ; 2° les phlegmons situés en arrière du petit pectoral. Un exemple du phlegmon profond de la première catégorie a été fourni récemment chez un malade. C'est un homme de 47 ans, qui, à la suite d'un éczéma ulcéré des mains, fut atteint de violents frissons, suivis peu après d'un empâtement de la paroi thoracique droite. Le foyer inflammatoire n'était pas, comme dans les abcès superficiels, localisé à la base de l'aisselle, il siégeait dans le haut de l'aisselle et faisait une saillie qui soulevait la région antérieure. En passant sous le creux de l'aisselle, la main arrivait en soulevant le grand pectoral à faire saillir la tumeur à l'extérieur. D'autre part, celle-ci était immobilisée quand le bras tendu contractait le muscle. Elle était donc placée au-dessous de lui. Une large incision, en donnant issue au pus, amena une guérison rapide.

La pathogénie de ces abcès est fort curieuse. Celle des phlegmons superficiels n'offre rien que de banal, étant due à la suppuration des ganglions de la base de l'aisselle. Mais l'origine des phlegmons profonds ne s'explique pas si aisément. Pour les interpréter, on est obligé de recourir à une anomalie dans la disposition des lymphatiques du bras. Le long de la veine céphalique qui passe dans le sillon pectoro-deltoïdien, chemine un vaisseau lymphatique qui, dans le trajet du sillon pectoro-deltoïdien, s'accompagne parfois de plusieurs ganglions lymphatiques. La suppuration de ces ganglions entraîne un abcès profond de la partie supérieure de l'aisselle, et une symptomatologie analogue à celle présentée par le malade. Il est donc probable que chez lui, l'origine de ces accidents reconnaissait pour cause l'existence de ganglions dans le sillon pectoro-deltoïdien.

La seconde variété de phlegmon profond est bien plus grave et peut entraîner la mort si l'on n'ouvre à temps. Elle siège en arrière du petit pectoral, dans un tissu cellulaire lâche où sont logés des vaisseaux volumineux et qui sépare le muscle de la paroi thoracique. Ces abcès profonds peuvent, à l'aide d'une disposition aponévrotique spéciale, en longeant le ligament clavico-pectoral, pénétrer jusque dans le cou d'une part, et d'autre part, ils peuvent, en suivant les rameaux perforants des nerfs intercostaux, trouver aussi une voie qui les mène jusqu'à la plèvre. M. Tillaux a vu une pleurésie purulente survenir dans ces conditions.

Les signes de cet abcès se traduisent par des désordres graves : fièvre vive, douleurs, voussure sous-claviculaire, énorme plastron pectoral.

L'abcès profond dont nous avons parlé précédemment et qui siège sous le grand pectoral, donne, au contraire, lieu à une saillie limitée qui bombe en avant ; les signes généraux sont bien plus atténués.

L'ouverture de ces abcès sera hâtive. Seulement, tandis que l'abcès sous le grand pectoral pourra être incisé rapidement, il n'en est pas de même de l'abcès recouvert par le petit pectoral et où la dissection devra être faite avec précaution, couche par couche, jusqu'à ce que l'aponévrose clavi-pectorale soit atteinte.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de l'ankylose de la hanche. — L'ankylose de la hanche est le plus souvent l'aboutissant des modifications produites dans les tissus articulaires et juxta-articulaires par une arthrite. Cette ankylose vicieuse constitue une infirmité souvent très gênante, très pénible, mais que la chirurgie peut atténuer beaucoup, comme le montre le Dr Rouault dans sa thèse (Paris 1901).

Pendant très longtemps le redressement forcé et l'ostéoclasie furent les seules méthodes de traitement, mais ce sont des méthodes mal réglées, aveugles, dangereuses, incertaines au point de vue du résultat, et qu'à l'heure actuelle il faut rejeter.

Il n'en est plus de même de l'ostéotomie, avec laquelle on fait à peu près ce que l'on veut, et surtout l'on voit ce que l'on fait. Elle n'a aucun des dangers des précédentes méthodes, et depuis l'antisepsie elle a perdu presque toute gravité. Le chirurgien peut chercher, soit à redonner au membre ses mouvements, soit, plus modestement à supprimer la gêne qui résulte de l'attitude vicieuse et du raccourcissement ; mais on ne peut pas toujours obtenir la restitution de la fonction articulaire.

Toutefois chez les sujets obligés, pour vivre, à

Digitized by Google

marcher beaucoup ou à rester longtemps debout, un membre rigide mais droit sera plus utile qu'un membre, mobile il est vrai, mais moins solide. Alors on aura recours, suivant les cas, soit à l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne pour les déviations moyennes, soit à la résection au siège de l'ankylose si l'angle de la déviation est trop marqué.

Le procédé le plus rationnel et le plus sûr pour obtenir la néarthrose est la résection interfémorale iliaque avec sculpture d'une nouvelle tête fémorale et d'un nouveau cotyle.

Dans l'ankylose bilatérale, où la néarthrose est absolument indispensable, il sera prudent de faire une interposition musculaire, qui donne une certitude plus grande à cet égard.

Rouault rapporte plusieurs observations avec radiographies de malades opérés par M. Nélaton et chez lesquels les résultats furent excellents. — J.H.M.

TÉRATOLOGIE

Malformations congénitales partielles du radius. — Les malformations congénitales du radius sont des malformations rares. Généralement il s'agit d'absence totale du radius. Beaucoup plus rares sont les absences partielles de l'os. En février 1901, MM. Longuet et Péraire présentaient à la Société anatomique l'observation d'une jeune fille de 19 ans, brachycéphale à front fuyant, d'intelligence rudimentaire et de mémoire insuffisante, atteinte de strabisme interne du côté gauche, bien réglée et ne présentant aucune malformation de l'appareil génital ni des mamelles, mais petite, maigre, peu développée, et qui était atteinte de malformation de l'avant-bras du côté droit. De ce côté, il y a main-bote. Le pli du coude paraît absolument cylindrique, les muscles condyliens sont atrophiés. On sent le radius dans la partie externe de l'avant bras depuis le poignet jusqu'à environ cinq centimètres au-dessous du condyle, point au niveau duquel le radius se perd profondément. La flexion et l'extension de l'avant-bras sont normales. Les mouvements de pronation et de supination sont impossibles; ils sont faiblement compensés par une mobilité exagérée au niveau du poignet. La radiographie montre l'extrémité supérieure du radius infléchie et implantée sur la face externe du cubitus, l'extrémité inférieure du cubitus terminée en fer de lance qui s'implante dans le radius, l'immobilise et déborde les os de la première rangée du carpe qui chevauchent les uns sur les autres.

Comparant cette observation avec trois autres similaires, M. Appraillé (*Thèse, Paris 1901*) admet que les symptômes qui caractérisent les malformations de l'extrémité supérieure du radius, sont : 1° l'absence de partie osseuse à l'endroit où normalement on devrait sentir par la palpation la tête du radius : 2° l'atrophie des muscles épicondyliens; 3° la conservation intégrale des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras ; 4° l'absence des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras provoquant une impotence relative du membre.

La pathogénie de ces malformations est encore entourée d'obscurité et l'on pourrait à ce sujet discuter l'idée de l'influence du germe, ou influence de l'hérédité, les altérations du système nerveux central de l'enfant, le traumatisme de l'abdomen de la mère, etc., actuellement elles semblent être le résultat d'une compression amniotique assez étendue survenant avant la formation du squelette.

Le traitement doit s'efforcer de corriger la déviation du membre lorsqu'elle existe, et surtout de rétablir dans l'avant bras les mouvements de pronation et de supination. Le premier but sera atteint par un appareil orthopédique prenant appui solide sur le bras et ramenant en dedans l'avant-bras. Le second résultat sera obtenu par deux traitements différents . l'un mécanique, l'autre chirurgical.

Le traitement mécanique consiste à exagérer la mobilité des articulations du coude et du poignet pour permettre indirectement à l'avant-bras les mouvements qui lui manquent. Un seul écueil à éviter : c'est, tout en cherchant à donner aux articulations une grande laxité, de ne pas leur enlever toute résistance de façon à ne pas compromettre dans la suite leur bon fonctionnement.

Le traitement chirurgical variera suivant la variété et le degré de la malformation. L'intervention idéale consistera à séparer les deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure de façon à rendre au radius sa mobilité. La voie postérieure doit être choisie comme dépourvue de gros vaisseaux et de nerfs. Si l'on peut, on excisera du cubitus la quantité d'os nécessaire pour donner au radius sa longueur normale. Pour obtenir plus sûrement une néarthrose mobile, on pourrait interposer un muscle entre les deux fragments osseux. — R. B.

HYGIÈNE

L'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les lycées. — Les questions d'enseignement intéressent vivement à l'époque actuelle. Nombre de défectuosités sont attachées aux méthodes, et celles-ci se montrent bien incomplètes. L'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les lycées devrait subir une refonte totale. Pourquoi ne pas imiter la Belgique? L'enseignement de l'hygiène dans les écoles est confié à des médecins ; les élèves en sortent soli-

Digitized by Google

dement munis et armés d'un bagage de connaissances pratiques qui leur sert grandement dans la vie.

M. le Dr Marcel Lejeune vient de consacrer, à ce sujet d'éducation, un travail intéressant (*Th. 1901*). Il estime que les connaissances de l'hygiène devraient être enseignées à l'école maternelle. Les directrices pourraient inculquer progressivement aux enfants, certaines notions de propreté au réfectoire, dans les jeux, les soins des vêtements.

Plus tard, à l'école primaire, le programme se développerait dans le sens de notions sommaires aux enfants, sur la transmission des maladies. Le rôle du médecin apparaîtrait aux stades plus élevés de l'enseignement. Dans les écoles primaires supérieures, dans les collèges et les lycées, le médecin entreprendrait un cours d'hygiène, qui serait exposé avec une compétence autre que celle dont disposent les professeurs d'histoire naturelle, chargés de l'enseignement actuel.

« Il ne suffit pas, dit l'auteur, que l'hygiène figure sur les programmes, il est de toute nécessité que les examens de fin d'études comportent des interrogations sur ces questions. » — Mme Dr Tourangin.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La prophylaxie de la diphtérie par les injections préventives de sérum. — M. Sevestre fait un rapport sur un mémoire de MM. Netter, Bourges et Bergeron, dont nous avons déjà donné l'analyse. (Voir *Journal des Praticiens*, 8 février 1902.)

Les conclusions qui se dégagent des faits rapportés par ces auteurs, sont que l'inoculation préventive a eu manifestement une influence préservatrice et que, de plus, elle a exercé une action atténuante non moins évidente sur les sujets atteints de diphtérie, en dépit de l'inoculation.

Les *accidents imputables au sérum* paraissent avoir été bien minimes; en tout cas, pas plus dans cette série d'inoculations que dans d'autres circonstances analogues, c'est-à-dire sur plus de 2.500 cas d'injections préventives observées personnellement par lui, M. Netter n'a relevé un seul fait inquiétant. Il avoue, cependant, qu'il s'est, en général, abstenu de pratiquer des inoculations chez les parents, qui sont, d'ailleurs, beaucoup moins que les enfants susceptibles de contracter la diphtérie. En effet, chez les adultes, la réaction provoquée par l'injection de sérum est incomparablement plus fréquente et aussi plus vive; si le danger est nul, l'incapacité de travail n'est pas négligeable, surtout dans la classe des clients de l'hôpital.

De l'examen des faits signalés par M. Netter, il semble que l'on puisse conclure avec lui que « l'inoculation préventive des membres d'une famille dans laquelle ont éclaté des cas de diphtérie constitue un moyen très précieux de défense »; mais, d'autre part, lorsqu'il ajoute qu'il y a lieu d'en généraliser l'emploi, je demande à formuler quelques réserves, ainsi que je l'avais déjà fait à la *Société de pédiatrie*, au moment où cette question fut mise en discussion. Assurément, la pratique des injections préventives est absolument indiquée dans les familles des diphtériques admis à l'hôpital; les autres enfants restent, en effet, presque toujours dans un milieu infecté, sans qu'aucune tentative de désinfection ait été faite; alors même qu'ils n'auraient pas été contaminés avant le départ du malade, ils risquent fort de le devenir plus tard; l'expérience est là pour démontrer que trop souvent les choses se passent de la sorte, et que, même dans ces conditions, la maladie évolue sans éveiller l'attention, et n'est reconnue qu'assez tard.

Il n'en est plus de même lorsque, le malade étant traité dans sa famille, ses frères ou sœurs isolés de lui, placés dans un milieu sain, sont en même temps surveillés et suivis de près par un médecin qui, en dehors de l'examen clinique, a toujours la ressource (qu'il ne doit jamais négliger), de faire des ensemencements avec le mucus de la gorge et des narines. Ici, bien que l'injection préventive puisse être pratiquée, elle n'est plus urgente, et j'avoue que dans la clientèle de la ville, je m'abstiens généralement de la faire, me bornant à surveiller de près les enfants, et me tenant prêt à pratiquer une injection dès que l'examen des cultures donnerait un résultat positif.

Cette distinction avait déjà, du reste, été faite par M. Louis Martin, que l'on n'accusera certes pas de préventions contre le sérum. Ayant été envoyé à Privas pour combattre une épidémie de diphtérie qui avait déjà fait un bon nombre de victimes dans cette ville et dans les localités voisines, M. Martin adopta deux méthodes différentes. A Privas et aux environs, où les enfants pouvaient être facilement surveillés par lui, il se contenta des moyens ordinaires : visite des écoles, examen clinique et examen bactériologique de la gorge de tous les enfants; au contraire, à Fluviac, village distant de Privas de sept kilomètres, et par conséquent plus difficile à surveiller, il eut recours aux injections préventives de sérum. J'ajoute que, sur les enfants injectés, un seul fut pris de diphtérie, et cela trente-deux jours après l'inoculation, c'est-à-dire en dehors de la période de préservation par le sérum.

La méthode d'immunisation par les injections préventives de sérum n'est pas seulement applicable aux membres des familles dans lesquelles existent des cas de diphtérie; elle trouve aussi son indication — et les faits cités par M. Martin en sont un exemple — lorsqu'il s'agit de préserver les voisins, les camarades d'école, etc. Il semble même que cette mesure puisse être recommandée spécialement dans les cas où l'on veut licencier une école ou un collège, les enfants qui par suite de cette circonstance ont été dispersés, étant ainsi, au point de vue de la propagation de la diphtérie, beaucoup plus dangereux que s'ils étaient restés dans le collège.

La même règle s'impose également pour les crèches, les asiles, les établissements hospitaliers et, en somme, pour toutes les *agglomérations d'enfants dans lesquelles la diphtérie s'est manifestée* par l'apparition d'un et surtout de plusieurs cas. C'est la pratique adoptée aujourd'hui d'une façon à peu près uniforme par tous les médecins d'hôpitaux d'enfants; c'est elle qui, au mois de novembre 1900, fut employée en particulier à la Salpêtrière dans le service de M. Voisin, service dans lequel se trouvaient réunies des enfants épileptiques idiotes ou infirmes, présentant des conditions de santé déplorables et logées dans de vieux bâtiments. M. Guinon, appelé à diriger la prophylaxie, fit prendre toutes les mesures nécessaires relativement à l'isolement et à la désinfection; mais, de plus, il fit pratiquer des injections de sérum à toutes les petites filles des trois salles contaminées. L'épidémie,

Digitized by Google

qui se présentait avec des allures particulièrement graves, fut vite arrêtée dans son développement.

Enfin, les injections préventives de sérum ont été préconisées encore dans d'autres conditions, chez tous les *malades entrant dans un hôpital et sans qu'il paraisse y avoir, à ce moment, de cas de diphtérie.* On sait, en effet, à quel point la diphtérie peut passer inaperçue, rester méconnue pendant un certain temps; l'examen bactériologique du mucus pharyngé ne met même pas toujours à l'abri des surprises, car cet examen ne donne parfois, pendant plusieurs jours, que des résultats négatifs, alors que, cependant, il s'agit d'une diphtérie. C'est en raison de ces faits que le Pr Heubner a, le premier, proposé de faire une inoculation générale de tous les enfants admis à l'hôpital pour une maladie quelconque; en répétant les inoculations toutes les trois semaines, il a réussi à supprimer complètement, dans son service, les cas intérieurs de diphtérie. On ne saurait nier, dit M. Netter, en citant cet exemple, que la protection ait été le fait des inoculations préventives, puisque, d'une part, les cas intérieurs de diphtérie n'ont cessé de venir des autres services et puisque, dans le service même, on en a observé à un moment où les inoculations avaient été suspendues. Malheureusement, on se trouve dans l'obligation de répéter les inoculations au bout de trois semaines, ce qui ne laisse pas que d'offrir des inconvénients chez les malades qui font un séjour assez long à l'hôpital.

Il est une circonstance, cependant, où il est particulièrement indiqué de chercher à prévenir le développement de la diphtérie; c'est quand il s'agit de la *rougeole.* On sait, en effet, combien, dans ces conditions, la diphtérie présente de gravité et, de plus, avec quelle facilité les enfants atteints de rougeole prennent la diphtérie.

M. Richardière a obtenu, par ce moyen, à l'hôpital des Enfants-Malades, des résultats très remarquables, qu'il exposait dernièrement à la *Société de pédiatrie* (1).

Dans les quatre premiers mois de l'année 1901, les cas de diphtérie avaient été peu nombreux au pavillon de la rougeole : deux en janvier, trois en février, quatre en mars, deux en avril; mais, du 1er mai au 8 juin, dix-neuf enfants furent successivement atteints de diphtérie caractérisée cliniquement et bactériologiquement. On fit alors une injection préventive de sérum à tous les enfants, à leur entrée dans le service, et à partir de ce moment, jusqu'au 31 décembre, on n'observa plus un seul cas de diphtérie.

Ces résultats sont très remarquables, et bien supérieurs à ceux qu'on avait constatés jusqu'alors.

Au *Congrès de médecine de 1900*, M. Netter avait présenté des conclusions assez différentes. Ayant fait injecter, pendant l'année 1899, tous les enfants admis au pavillon de la rougeole, il avait observé, cependant, un certain nombre de cas de diphtérie, et cela même à la période (du troisième au vingt-unième jour) où le sérum produit, en général, l'immunisation : « il semble donc, disait-il, que chez les sujets atteints de rougeole, l'action préventive du sérum soit moins efficace que chez les autres enfants »; il ajoutait que l'injection ne paraissait pas, non plus, avoir une action atténuante sur la diphtérie qu'elle n'avait pu prévenir, la plupart des cas s'étant terminés par la mort.

M. Netter renouvela ses tentatives au nouvel hôpital Trousseau à partir du 1er novembre 1901. Sur quarante-sept enfants ayant reçu du sérum à leur entrée dans le pavillon des rougeoles, deux furent pris de diphtérie, en dépit des injections. (Pendant le même temps, les injections préventives donnaient de très bons résultats au pavillon de la *scarlatine* et dans le service des douteux).

D'autres observateurs avaient d'ailleurs conclu déjà dans le même sens; c'est ainsi que, dans le service de Heubner, on a reconnu qu'il fallait injecter aux morbilleux des doses deux fois plus élevées et recommencer tous les quinze jours.

Ces réserves faites, il n'en reste pas moins établi que la pratique des injections préventives est à recommander dans la rougeole; l'indication deviendra formelle le jour où les résultats signalés par M. Richardière auront été confirmés par des observations plus étendues.

Avant d'arriver à une conclusion générale relativement à la valeur prophylactique des injections préventives, il me paraît bon de dire quelques mots de la *dose de sérum* qu'il convient d'employer. Il n'est pas nécessaire d'injecter des doses aussi fortes que celles usitées pour le traitement de la diphtérie confirmée; cependant il semble qu'au début on ait péché en sens inverse. On a cru qu'il suffisait de doses très faibles, 60, 100 unités antitoxiques. Aujourd'hui la dose employée est plus élevée. Heubner injecte 250 unités (et 500 pour la rougeole), les médecins italiens et américains 300 à 500. M. Netter a, dans la plupart des cas, injecté 5 cent. cubes de sérum de l'Institut Pasteur, qui, d'après MM. Roux et Martin, correspondent à 1.000 unités antitoxiques. Pour la rougeole les doses avaient été de 10 cc. M. Richardière avait employé des doses de 5 à 10 cc., sans jamais dépasser cette dernière dose.

En dernier lieu, M. Netter avait eu de l'Institut Pasteur un sérum plus actif contenant 225 unités au centimètre cube et préventif à 1/200.000. De ce sérum, il avait injecté aux douteux et aux scarlatineux 2 cent. cubes et 5 aux morbilleux.

Enfin il pense qu'il pourrait y avoir avantage à employer, pour les injections, du sérum desséché et redissous dans l'eau distillée, ainsi que le propose Behring.

En terminant cette étude, je pense qu'il pourra être utile de condenser, en quelques propositions, les faits qui s'en dégagent :

1° Les injections préventives de sérum ont une action manifeste; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares où, malgré l'injection, la diphtérie est survenue, elle était particulièrement bénigne.

2° Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants. Cependant, lorsque ces enfants ont été séparés du milieu contaminé et que, de plus, ils sont surveillés de près par un médecin, on peut se dispenser de recourir aux inoculations. L'ensemencement du mucus nasal et pharyngé est alors de règle absolue.

3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital), dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie.

4° Même en l'absence d'un cas de diphtérie constatée, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (services de rougeole, de scarlatine, etc.); toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine; les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées.

5° La pratique des injections préventives ne dispense nulle-

(1) *Société de pédiatrie*, séance du 18 février 1902.

Digitized by Google

ment des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces.

Après la discussion dont j'ai déjà parlé et à laquelle avaient pris part la plupart des médecins des hôpitaux d'enfants (mars à juin 1901), la *Société de pédiatrie* avait adopté la résolution suivante :

« *La Société de pédiatrie, affirmant que les injections préventives de sérum antidiphtérique ne présentent aucun danger sérieux et confèrent l'immunité dans des proportions considérables, pendant quelques semaines, en recommande l'emploi dans les agglomérations d'enfants et dans les familles où une surveillance scientifique suffisante est impossible.* »

Une épidémie de diphtérie observée dans le canton d'Ancy-le-Franc (Yonne). — M. Roux présente à l'Académie un mémoire de MM. Thierry et Bertail, qu'il fait suivre des considérations suivantes :

Dans la région dont il s'agit, les cas de diphtérie, peu nombreux d'ordinaire, se sont multipliés depuis l'année 1900, à la suite de l'arrivée, dans le village d'Argenteuil, d'une enfant contaminée à Dijon. La maladie s'est étendue aux communes voisines, et, du 2 juillet 1900 au 9 mars 1902, MM. Thierry et Bertail ont traité, au moyen du sérum anti-diphtérique, soixante-dix-neuf personnes, sur lesquelles deux seulement ont succombé.

C'est là un résultat qui mérite d'être signalé. Il s'explique, non par la bénignité de la maladie, puisque trois enfants qui n'ont pas reçu de sérum ont succombé, mais par la façon dont MM. Thierry et Bertail ont appliqué la sérothérapie.

Dès l'apparition des premiers cas, nos confrères ont averti les habitants de la gravité de la diphtérie, ils les ont engagés à examiner fréquemment la gorge des enfants et à les appeler dès qu'ils apercevraient une tache blanche sur la muqueuse. Leurs conseils ont été écoutés et la plupart des personnes atteintes ont pu être traitées par le sérum dès le début de l'affection. Les deux malades qui ont succombé n'ont été soignés qu'au quatrième et au sixième jour de la maladie.

Les observations de MM. Thierry et Bertail montrent une fois de plus l'efficacité du sérum antidiphtérique quand il est appliqué comme il convient. Tous les cas traités dès le début ont guéri sans paralysie. Au contraire, des paralysies du voile du palais et même des membres sont survenues chez quelques personnes injectées plus tardivement. C'est en effet la règle. On ne saurait trop le dire et le redire, le sérum antidiphtérique empêche l'action du poison diphtérique tant que celui-ci n'est pas fixé sur les éléments cellulaires, mais lorsque la combinaison de la toxine et des cellules nerveuses, par exemple, est réalisée, l'antitoxine ne peut plus la défaire. Alors le mal est accompli ; le sérum ne peut que le limiter. Les fausses membranes peuvent se détacher, la guérison peut paraître assurée, lorsque surviennent, après quelques jours, les paralysies, les troubles de la respiration et de la circulation souvent suivis de mort.

C'est parce qu'ils ont bien compris ce mécanisme de l'empoisonnement diphtérique, que MM. Thierry et Bertail ont adjuré les familles de les appeler hâtivement et qu'ils peuvent nous présenter une statistique aussi favorable.

MM. Thierry et Bertail ne se sont pas contentés de bien traiter les cas de diphtérie déclarée, ils se sont encore efforcés de prévenir l'apparition de cas nouveaux. S'apercevant bientôt qu'aucune des précautions qu'ils recommandaient n'arrêtait la propagation du mal, ils ont eu recours aux injections préventives du sérum antidiphtérique chez les personnes qui se trouvaient en contact avec les malades. C'est le seul procédé efficace, nous disent MM. Thierry et Bertail, surtout à la campagne, où ni les médecins, ni l'administration ne sont en mesure de faire des désinfections sérieuses. Il est même impossible d'obtenir que les malades soient rigoureusement isolés.

Parmi les personnes injectées préventivement, et vivant en milieu contaminé, une seule a pris une diphtérie bénigne cinquante-quatre jours après l'injection. Déjà, en 1896, MM. Thierry et Bertail avaient arrêté, grâce aux injections préventives, une épidémie commençante à Chassignelles et à Ancy-le-Franc. Nos confrères qui connaissent toutes les familles du pays, ont pu suivre les personnes traitées préventivement ; quelques-unes ont eu des érythèmes sans importance, aucune n'a éprouvé d'accidents sérieux.

Ces faits confirment donc pleinement ceux que M. Netter apportait récemment à cette tribune. On ne saurait trop louer MM. Thierry et Bertail de l'initiative dont ils ont fait preuve, et je me permets de les proposer en exemple à tous les médecins praticiens qui ont à combattre des épidémies diphtériques.

A propos de la désinfection des navires. — M. Laveran. Les faits qui se sont produits au mois de septembre dernier à bord du *Sénégal* montrent qu'il est de nécessité absolue de soumettre à la désinfection tous les navires qui ont touché dans les ports contaminés par la peste, alors même qu'il n'y a pas eu de malades à bord. Cette désinfection, qui a pour objet la destruction des rats, agents de propagation du fléau, devra être faite à l'aide de l'acide sulfureux, avant le déchargement des marchandises, et le navire ne pourra être remis en service que lorsqu'une inspection minutieuse aura démontré que les rats ont été détruits. S'il existe encore des rats à bord, une nouvelle désinfection sera pratiquée.

M. Vallin. La désinfection des navires, avant déchargement, serait certainement une excellente mesure, mais elle est impraticable par les moyens dont nous disposons. L'acide sulfureux a une action directe sur les marchandises, les machines, les surfaces métalliques, qu'il détériore. En présence de l'humidité de l'atmosphère, une certaine quantité de gaz sulfureux se transforme en acide sulfurique qui ronge à la longue les métaux et les tissus.

Ce procédé ne peut donc être employé avant le déchar-

Digitized by Google

gement des cargaisons, auxquelles il causerait des avaries énormes.

M. Roux. — Si l'on se borne à brûler du soufre dans les cales pleines d'humidité, il se forme en effet de l'acide sulfureux. Cet inconvénient est évité si l'on projette dans ces cales de l'acide sulfureux sec, qui, en petite quantité suffit à tuer les rongeurs et ne détériore pas les parties métalliques.

Plaie du cœur. — M. Le Dentu fait un rapport sur deux cas de plaies du cœur par instrument tranchant, traitées avec succès par M. Fontan, par la suture de l'organe, après section des côtes et du péricarde (*18 mars*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De la contagiosité de la pelade. — M. Gaucher a cru, comme M. Jacquet, à l'origine exclusivement nerveuse de la pelade, jusqu'au jour où il a observé des cas de contagion indiscutables. En réalité, la pelade est peu contagieuse, mais elle l'est dans des conditions de réceptivité spéciale. Tous les peladiques sont atteints de déséquilibration nerveuse permanente ou momentanée par le fait de commotions nerveuses, de surmenage ou d'hérédité nerveuse. Comme toutes les maladies contagieuses, la pelade a besoin, pour se développer, de conditions de réceptivité; elles résident ici dans les troubles préalables du système nerveux.

Une des raisons pour lesquelles la pelade est peu contagieuse est que, d'après ses lésions et son évolution clinique, le parasite microbien de la pelade paraît agir surtout par ses toxines qui persistent dans le derme La contagion ne peut s'exercer qu'au début, pendant la période microbienne de la maladie.

Un cas de pelade d'origine dentaire. — M. Dehu. Une jeune fille hystérique est atteinte au mois d'août de névralgies dentaires, qui nécessitent l'extraction d'une dent cariée à droite et la pose d'un dentier.

A partir du mois de septembre, elle présente des symptômes de tuberculose pulmonaire qui s'aggravent progressivement; en janvier, céphalées violentes.

En février, on constate une plaque de pelade large comme une pièce de cinq francs au-dessus de l'oreille droite; enfin, un mois plus tard, nouvelle plaque naissante au point symétrique à gauche.

La pelade s'est donc développée sous l'influence d'une lésion dentaire chez un sujet doublement prédisposé par son hystérie et par sa tuberculose.

Emploi des rayons de Rœntgen chez les jeunes soldats — M. Salle, médecin-major, a examiné, au point de vue clinique et radioscopique, 286 recrues appartenant à un régiment de chasseurs à pied et en apparence bien constitués.

Sur ces 286 hommes, 69 présentaient une conformation anormale des poumons ou du cœur. Chez 50 jeunes soldats on note des altérations pulmonaires, et 43 fois l'examen radioscopique a fourni la confirmation des données de l'examen clinique.

Enfin 19 hommes offraient à l'examen radioscopique une silhouette anormale du cœur. La percussion et la palpation de cet organe ont donné des renseignements identiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Intervention chirurgicale dans un anévrysme de la crosse de l'aorte. — M. Tuffier. Il s'agit d'une femme de 40 ans, non syphilitique, atteinte depuis 6 mois d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, qui se révéla tout d'abord par des douleurs intercostales. Actuellement on constate au niveau du troisième espace intercostal droit, en dehors du bord droit du sternum, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui se continue insensiblement avec les parties avoisinantes. La palpation est douloureuse. La tumeur est pulsatile ; ses battements succèdent à la systole cardiaque ; ses parois sont molles ; il est possible par une pression lente de la réduire Elle est appliquée directement contre la face postérieure des 2e et 3e cartilages costaux droits. L'auscultation fait percevoir un souffle unique, siégeant au premier temps, avec maximum d'intensité vers le bord droit du sternum. L'auscultation de l'orifice aortique ne révèle aucun signe d'insuffisance. Le pouls radial gauche est un peu plus faible que le droit; leur synchronisme est parfait. L'examen des deux artères sous clavières ne donne aucun signe particulier.

On diagnostique un anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, entre son origine et la naissance du tronc brachio-céphalique. La difficulté du sac à se remplir après sa réduction, la situation normale de la convexité aortique, le souffle unique au premier temps, font croire à un anévrysme sacciforme à collet étroit.

Quoique cette malade ne présentât aucun stigmate spécifique, elle fut soumise à un traitement mixte pendant trois semaines : le résultat fut une augmentation rapide de la tumeur, qui, après avoir usé la paroi thoracique, luxa la deuxième côte, détruisit le grand pectoral et vint battre sous la peau. Elle n'avait plus qu'à ulcérer la peau pour se rompre ; le danger était donc imminent.

Pensant qu'il s'agissait d'un anévrysme sacciforme à communication étroite avec l'aorte, en l'absence de toute autre lésion du système artériel, M. Tuffier résolut, sur la demande de la malade, de poser une ligature au niveau du collet du sac anévrysmal. Cette opération fut pratiquée le 12 décembre 1901, après résection de la 2e et de la 3e côte.

Le sac anévrysmal, d'une minceur extrême, sans trace d'induration, adhérait intimement à tous les tissus du voisinage. Le décollement en fut pratiqué très lentement, pour éviter une rupture. Finalement, après avoir exprimé le contenu entièrement liquide du sac dans l'aorte, M. Tuffier put placer une double ligature au catgut sur le point de communication de la poche avec l'aorte. Heu-

Digitized by Google

reux d'avoir échappé aux dangers de cette opération, il referma la plaie thoracique, sans faire l'ablation du sac anévrysmal.

Les suites de cette intervention furent d'abord favorables ; puis la malade présenta quelques signes d'infection ; et enfin le 25 décembre, elle succomba rapidement à une hémorragie secondaire considérable, après la chute des fils, par gangrène du sac.

Diverticule du pharynx. — M. Roux, de Brignolles, communique un cas de diverticule de l'extrémité inférieure du pharynx, descendant derrière l'œsophage, et simulant un rétrécissement de ce conduit ; gastrostomie, mort par embolie (*12 mars*).

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*25 mars*). — La plupart de nos colonies sont ravagées par la variolisation. Les indigènes s'inoculent la variole et s'en déclarent satisfaits. Ils ne veulent absolument pas de la vaccine. La vaccine, c'est nouveau ; ils sont accoutumés à la variolisation et c'est si pénible de changer une habitude. M. Hervieux attire l'attention de l'Académie sur le danger de pareille pratique.

La plupart des épidémies africaines sont dues à la variolisation ; les indigènes ne manquent pas une occasion de s'y soumettre. C'est chez eux un article de foi. Les résultats ont beau démentir leurs assertions. Les sujets variolisés, selon leur jugement, devraient échapper aux accidents graves. Il n'en est rien, la réalité prouve le contraire et journellement.

M. Hervieux demande que la pratique de la variolisation soit interdite. Il a raison et l'Académie souscrit à ses conclusions.

M. Linossier lit un mémoire trés documenté sur la recherche médico-légale de l'origine du sang à l'aide des sérums précipitants.

Quant à la discussion sur la chloroformisation toujours pendante, elle n'a été animée que par une note de M. Daremberg. L'auteur combat les idées de M. le Pr Poncet sur les dangers de la chloroformisation. Il a endormi avec ce mode d'anesthésie environ un millier d'animaux et sans accident. Puisque les chiens et les cobayes résistent, pourquoi les hommes auraient-ils peur ? La réponse viendra peut-être un jour. — K. S.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Avantage des glycéro-phosphates dans le traitement ioduré

Au mois de juin dernier, M. le Dr Huchard rappelait ici même de quelle utilité étaient les glycéro-phosphates dans le traitement ioduré. Les expériences ont été poursuivies dans les hôpitaux, à Lariboisière, à l'hôpital Necker, et ont permis d'établir définitivement la technique des maladies syphilitiques et artérielles.

Les iodures sont surtout des médicaments vasculaires ; ils dilatent les artérioles et abaissent la pression artérielle. Ils jouissent de propriétés résolutives ; leur usage est limité à des maladies de déchéance, syphilis, goître, scrofule, maladies du cœur et des vaisseaux, maladies où l'organisme se trouve dans un état de dénutrition

Les iodures n'ayant aucune influence sur la nutrition, ainsi que l'ont démontré les travaux contradictoires de Rabuteau, Milanési, Bouchard, etc., ne sauraient donc suffire pour remonter les individus syphilitiques ou artério-scléreux ; ils ne constituent qu'une part du traitement ; ils font disparaître les accidents, mais ils ne rétablissent pas à eux seuls la santé, d'autant plus que les individus syphilitiques ont été rendus souvent dyspeptiques et en conséquence anémiés, sinon par le traitement ioduré à haute dose, du moins par un traitement mercuriel préalable ou concomitant.

En outre, il se surajoute presque toujours à la symptomatologie de l'artério-sclérose et de l'angine de poitrine un élément neurasthénique qui se traduit par une augmentation des échanges phosphorés, par la déminéralisation, par l'abaissement des oxydations.

On ne saurait donc trouver un médicament plus approprié que les glycéro-phosphates pour compléter l'action thérapeutique des iodures, remédier à la déminéralisation, réduire la désassimilation, activer les échanges respiratoires et l'oxygénation. Et l'association la mieux définie est celle du « *neuro-iodure* » qui contient les doses normales d'iodure de potassium et de glycéro-phosphate de chaux synthétique.

Cette association présente, en outre, l'avantage de faire disparaître les phénomènes d'iodisme qui se manifestent généralement à la suite d'un traitement ioduré de longue durée. Le traitement au « *neuro-iodure* » peut être poursuivi sans craintes et avec la garantie d'une assimilation parfaite.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES CLAYEUX, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Le diagnostic du Mal de Pott chez l'adulte

Par le Dr Armand Siredey, *médecin de l'hôpital Saint-Antoine.*

I

Il est peu d'affections qui prêtent à des erreurs de diagnostic aussi fréquentes et aussi prolongées, que le mal de Pott de l'adulte.

J'ai déjà appelé l'attention sur ce sujet dans une communication (1) faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en collaboration avec un de mes élèves et amis, le Dr Eug. Grognot, qui a consacré sa thèse (2) inaugurale à cette étude, puis dans un travail présenté au XIIIe Congrès international de médecine, en 1900.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'observer de nouveaux faits qui m'ont montré encore, à diverses reprises, combien cette maladie est fréquemment méconnue.

On s'imagine à tort, que la tuberculose de la colonne vertébrale n'appartient qu'à l'enfance, et généralement on n'y pense pas lorsqu'on se trouve en présence d'un adulte et surtout d'un vieillard. Elle est plus commune, il est vrai, chez les enfants, et elle se présente chez eux avec des caractères beaucoup plus nets.

Dans le jeune âge, le tissu spongieux des vertèbres est riche en éléments cellulaires, et formé de travées osseuses peu résistantes, qui se laissent facilement envahir par les lésions tuberculeuses. Il en résulte un effondrement rapide des corps des vertèbres et des disques intervertébraux, ou tout au moins la prompte apparition d'abcès ossifluents, qui ne sauraient laisser longtemps le diagnostic incertain.

Les choses se passent quelquefois ainsi chez l'adulte, et il n'est pas rare de rencontrer des phtisiques atteints d'altérations tuberculeuses massives du rachis, qui sont assez rapidement suivies de gibbosité ou d'abcès.

Mais le plus souvent, la tuberculose vertébrale revêt d'emblée, dans l'âge mûr, une marche lente et chronique. Elle se présente sous la forme de foyers limités qui n'occupent qu'une portion très limitée du corps de la vertèbre, de ses lames ou de ses apophyses, et ne compromettent pas beaucoup sa solidité.

Il se forme ainsi dans le tissu osseux des cavernules, dont les dimensions varient depuis le volume d'un pois à celui d'une noisette, ou même de simples érosions superficielles mettant à nu le tissu spongieux de l'os.

Ces lésions sont le point de départ de petits abcès, qui descendent au devant de la colonne vertébrale, recouverts d'une gangue fibreuse épaisse, et dessinent ainsi de grosses traînées semblables à celles que forment les gouttes de cire coulant le long d'un cierge.

La lame fibreuse qui les accompagne présente, en certains points, une épaisseur atteignant et dépassant même un centimètre. Elle offre à la coupe un tissu lardacé, blanchâtre, très résistant, au-dessous duquel on découvre quelques gouttelettes de pus ou des grumeaux caséeux appliqués à la surface des vertèbres malades.

L'excellent travail de Michaud qui est justement demeuré classique, avait bien mis en évidence le rôle que joue, dans la compression de la moelle, la *pachyméningite* développée au niveau des foyers caséeux.

Sans forcer l'analogie, on peut admettre que la *pachycellulite* qui se forme en dehors de la colonne vertébrale, au voisinage des ostéites et des ostéo-arthrites tuberculeuses, a une influence prépondérante dans la genèse des troubles nerveux, que l'on observe chez les adultes et chez les vieillards atteints de Mal de Pott.

Non seulement elle comprime les nerfs, mais elle y détermine des phénomènes de névrite qui aboutissent à la production de divers troubles sensitifs, moteurs et amyotrophiques.

La marche descendante des abcès et l'extension progressive de la lame fibreuse qui les accompagne, provoquent des névralgies multiples, superposées, et des névralgies doubles, en ceinture, apparaissant quelquefois très notablement au-dessous des altérations osseuses qui en ont été le point de départ; c'est ainsi que l'on observe des douleurs et des troubles fonctionnels d'autant plus difficiles à interpréter, qu'ils ne semblent guère en rapport avec une déformation vertébrale constatée dans une région sensiblement plus élevée du rachis.

Le rôle de cette *pachycellulite* est d'autant moins discutable, que l'on constate des fausses membranes analogues dans la plupart des affections donnant lieu à des douleurs névralgiques intenses et prolongées. Les anévrysmes de l'aorte peuvent être comparés, à ce point de vue, aux abcès tuberculeux du mal de Pott. Ils s'entourent, comme eux, d'une coque fibreuse épaisse, et provoquent, pendant un temps plus ou moins long, des névralgies violentes et rebelles, sur lesquelles M. Huchard a appelé l'attention, il y a quelques années.

(1) A. Siredey et Eug. Grognot. Des accidents nerveux précoces du Mal de Pott. (*Bullet. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1897.)

(2) Eug. Grognot. Des accidents nerveux précoces du Mal de Pott. (*Th. de Paris*, 1897.)

Digitized by Google

Aussi éprouve-t-on quelque surprise en lisant dans la plupart des ouvrages classiques, que le mal de Pott tuberculeux ne peut être confondu qu'avec la syphilis ou le cancer de la colonne vertébrale ! A l'origine, la tuberculose du rachis ne se révèle guère, chez l'adulte, que par des névralgies ou des névrites, se traduisant presque exclusivement par des phénomènes douloureux attribués généralement à diverses affections des viscères thoraciques, abdominaux ou pelviens ; le diagnostic en devient facile lorsque l'on a saisi les rapports qui unissent ces accidents variés et complexes aux altérations des vertèbres.

La douleur n'a, en elle-même, rien de caractéristique : son début est ordinairement lent, insidieux, progressif. Il s'agit le plus souvent d'un endolorissement permanent, auquel s'ajoutent des crises aiguës revenant à des intervalles variables ; quelquefois, cependant, la douleur apparaît brusquement, d'emblée très violente, au milieu des apparences d'une excellente santé.

Ces crises offrent bien, dans leur ensemble, les caractères des névralgies, quoique la plupart des auteurs cherchent à les différencier des véritables névralgies, sous prétexte qu'elles ne présentent pas toujours les points classiques, et qu'elles dépassent souvent la zone de distribution d'un nerf thoracique ou abdominal, soit qu'elles s'étendent à plusieurs nerfs différents, soit qu'elles dépassent la ligne médiane pour prendre la forme dite « en ceinture ».

Mais ce qui doit donner l'éveil c'est l'intensité, la persistance des névralgies, leur résistance aux moyens thérapeutiques les plus variés.

En présence de toutes les névralgies rebelles, on doit toujours examiner minutieusement la colonne vertébrale.

Il est vrai que souvent on ne découvre aucun symptôme important de ce côté : pas de saillie, pas de tuméfaction douloureuse.

Si la pression éveille une sensation pénible au niveau des apophyses épineuses ou transverses, on est tenté de voir là un phénomène banal, commun à la plupart des névralgies.

Rencontre-t-on une saillie suspecte ? On n'en tient pas grand compte sous prétexte qu'elle ne répond pas exactement à la zone des douleurs névralgiques.

Aussi ne pense-t-on guère à imputer les douleurs au rachis, et on en cherche plus volontiers l'explication dans les viscères voisins. Les causes d'erreur varient suivant les régions.

II

Le mal de Pott cervical ne reste pas longtemps méconnu : l'exploration facile des vertèbres par la palpation externe ou par le toucher buccal, permet de reconnaître assez rapidement la cause des troubles fonctionnels suspects (ankyloses, amyotrophies, douleurs), qui surviennent au niveau du cou et des membres supérieurs.

L'hésitation ne commence réellement qu'au niveau du thorax, et elle s'accroît lorsqu'il s'agit de l'abdomen, en raison de la multiplicité des viscères et des difficultés de l'exploration.

A la partie supérieure de la cage thoracique, les douleurs en ceinture, avec ou sans irradiations du côté des bras, font songer à un *anévrysme de l'aorte* Mais on ne constate ni troubles circulatoires, ni phénomènes de compression du côté du médiastin. Dans le doute, la radioscopie ou la radiographie trancheront rapidement la question.

Parfois, les douleurs intercostales provoquées par le mal de Pott revêtent l'apparence de *véritables points de côté,* avec dyspnée très prononcée.

Lorsqu'elles siègent dans la région thoracique inférieure, elles peuvent donner lieu au *point de côté sous-mammaire* de la pneumonie, ou au *point de côté abdominal, diaphragmatique,* de la pleurésie. L'oppression, le malaise général, la fièvre qui accompagnent la crise, contribuent à faire soupçonner un foyer de pneumonie ou de congestion pulmonaire, un épanchement pleurétique ou même péricardique.

Si la percussion et l'auscultation, pratiquées avec soin, ne font rien constater d'anormal du côté des poumons, des plèvres et du péricarde, on devra porter toute l'attention sur l'examen du rachis.

A la limite du thorax et de l'abdomen, la douleur, présentant un double maximum à l'épigastre et à la région dorsale, fait songer à la *douleur en broche de l'ulcère rond*, et si le malade digère mal, comme cela s'observe chez beaucoup de tuberculeux, on met en cause l'estomac. Une observation attentive montrera l'absence ou la faible importance des troubles fonctionnels, et l'existence d'une douleur beaucoup plus diffuse que celle qui a son siège à l'estomac, sans rapport précis avec les fonctions digestives.

Plus bas encore, la douleur irradiant vers les flancs et l'abdomen, semble avoir son point de départ dans l'un ou l'autre rein.

Au moment des crises aiguës, on songe à *une colique néphrétique*, et dans l'intervalle des paroxysmes, alors qu'il persiste une douleur sourde, avec une certaine difficulté pour le malade de supporter la marche et la voiture, on croit à l'*enclavement de calculs dans le bassinet.*

Chez un de mes malades cette erreur avait conseillé une néphrotomie qui fut repoussée d'ailleurs par deux chirurgiens.

Digitized by Google

L'examen de l'urine a une grande importance en pareil cas : tandis qu'au cours de la colique néphrétique les urines sont supprimées, ou tout au moins rares, quelquefois sanglantes, et presque toujours fortement chargées de sels, chez deux malades que j'ai observés, l'urine était restée claire, et sensiblement plus abondante qu'à l'état normal, comme cela arrive au cours des névralgies.

La névralgie d'origine vertébrale est plus persistante, ses récidives sont plus fréquentes et plus prolongées, ses localisations moins précises que celles de la colique calculeuse.

Le *phlegmon périnéphrétique* mérite moins de discussion, car les phénomènes phlegmoneux font réellement défaut, mais la fièvre qui accompagne les douleurs du mal de Pott, la fausse sensation d'empâtement que donnent les contractions des muscles de l'abdomen, au moment des crises, pourraient induire en erreur.

La coïncidence d'un *rein mobile* avec les névralgies du mal de Pott serait de nature à tromper en faisant attribuer à la ptose rénale les accidents observés. Mais les douleurs occasionnées par le rein mobile sont loin d'avoir la même intensité ; elles s'accompagnent fréquemment de troubles digestifs et urinaires qui manquent dans la tuberculose vertébrale.

Des douleurs exclusivement abdominales et en apparence diffuses, dans une observation de Peter, citée par Grognot, ont fait croire à une *péritonite tuberculeuse*. Il suffit de signaler cette erreur pour la faire éviter, car malgré une diffusion excessive des névralgies, elles ne peuvent simuler complètement la péritonite.

Lorsque les douleurs se localisent sur les nerfs lombo-abdominaux et sacrés, on les rattache volontiers, chez les femmes, *à l'utérus ou à ses annexes*, surtout s'il existe des altérations anciennes, comme j'en ai vu un exemple remarquable.

Dans certains cas, les lésions tuberculeuses siégeant au niveau de la face antérieure du sacrum ou des articulations sacro-iliaques, donnent lieu à des *névralgies pelviennes*, à des *sciatiques persistantes*, dont l'origine reste longtemps méconnue, car c'est, à une période avancée seulement, que le toucher rectal permet de constater un empâtement révélateur. J'ai observé deux cas de ce genre, au cours desquels l'abcès soupçonné s'est ouvert dans la vessie.

Diverses *affections de la moelle* peuvent également être invoquées, à tort, pour expliquer les douleurs, amyotrophies ou troubles moteurs que l'on constate. Une analyse minutieuse des accidents nerveux du mal de Pott montre qu'il s'agit presque toujours de phénomènes complexes, incohérents, qui n'ont ni la régularité, ni la précision des symptômes propres aux scléroses localisées ou diffuses de la moelle.

Souvent les hésitations du diagnostic conduisent à incriminer la *neurasthénie* ou *l'hystérie* dont les manifestations protéiformes se prêtent bien à l'interprétation des accidents observés. Mais la localisation des douleurs, leur intensité, leur persistance, l'apparition fréquente de troubles moteurs, de fièvre, ne sont guère compatibles avec les névroses.

Quant au rhumatisme, fréquemment invoqué pour expliquer les névralgies lombo-abdominales ou sciatiques, la rachialgie, etc., il ne résiste pas longtemps à l'observation rigoureuse des faits. D'ailleurs les douches, les frictions, les massages, qui soulagent presque toujours, du moins momentanément, les rhumatisants, exaspèrent ici les douleurs.

III

En dehors de ces signes négatifs qui permettent d'éliminer les diverses affections viscérales susceptibles de provoquer des accidents analogues, ces névralgies d'origine rachidienne présentent certaines particularités bien propres à donner l'éveil et à faire soupçonner leur nature.

Les douleurs sont remarquables par leur intensité, par leur persistance, et par leur fixité. Elles sont essentiellement récidivantes, rebelles à la thérapeutique ; salicylate de soude, antipyrine, iodure de potassium, etc.

Dès le début, elles sont rarement localisées à une seule branche nerveuse et elles ont une tendance très marquée à s'étendre dans le sens vertical ou dans le sens transversal : une névralgie thoracique gauche se complique rapidement d'une névralgie droite de la même région, une sciatique simple devient double.

L'accroissement des douleurs dans le sens vertical est encore plus caractéristique : à des névralgies intercostales s'ajoutent des névralgies lombo-abdominales, puis des sciatiques. Quand les accidents apparaissent des deux côtés, il y a presque toujours un certain défaut de symétrie entre les phénomènes observés à droite et à gauche. *Ces polynévrites superposées* ne se rencontrent guère en dehors des altérations du rachis.

En même temps que ces névralgies, et sans qu'il se produise de troubles de la motilité, on constate très fréquemment une exagération des réflexes tendineux du côté où prédominent les accidents. J'ai observé également, dans un cas récent, l'extension des orteils sous l'influence d'une excitation plantaire. (Signe de Babinski.)

Plus tard surviennent des amyotrophies, et quelquefois de la trépidation, mais à une époque où les lésions sont généralement assez avancées pour

Digitized by Google

que le diagnostic soit sorti de la période d'hésitation.

C'est surtout une exploration minutieuse de la colonne vertébrale qui révèlera des symptômes décisifs.

Une douleur persistante en un point fixe, au niveau des apophyses épineuses ou transverses, qu'elle soit spontanée ou provoquée par la pression, une sensibilité exagérée à la percussion, la saillie anormale d'une ou de plusieurs apophyses épineuses, leur mobilité excessive, leur tuméfaction douloureuse, la présence d'un empâtement limité sur les côtés du rachis, constituent des éléments de premier ordre pour le diagnostic.

Enfin, on devra étudier particulièrement la mobilité des divers segments du rachis, dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral, en provoquant des mouvements de flexion, d'extension et d'incurvation sur les côtés. Ces mouvements seront exécutés dans la station verticale, puis dans la position horizontale, en soulevant le bassin et les membres inférieurs de manière à fléchir la colonne vertébrale dans les divers sens.

Pour rechercher les lésions du sacrum, on aura recours au toucher rectal qui permettra de sentir des inégalités à la surface de l'os, ou des masses douloureuses au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, et quelquefois même des abcès sous-aponévrotiques accolés au squelette.

Si les altérations constatées sur le rachis semblent siéger au-dessus des zones douloureuses, on ne doit pas se hâter de conclure qu'elles n'ont rien à voir avec les accidents observés. L'obliquité des racines nerveuses par rapport à la moelle, qui augmente de haut en bas, et d'autre part, la théorie métamérique (Brissaud), nous fournissent une explication suffisante de ces anomalies apparentes.

Tels sont les principaux symptômes à l'aide desquels on peut affirmer l'origine rachidienne de certaines névralgies.

IV

Cette première étape franchie, la nature des lésions vertébrales est généralement facile à déterminer : les phénomènes généraux et les anamnestiques permettront, dans la plupart des cas, de compléter le diagnostic.

La perte des forces, l'amaigrissement, se rencontrent à la fois chez les tuberculeux et chez les cancéreux, mais il est rare, surtout dans ces formes frustes, qu'ils soient aussi prononcés au cours de la tuberculose que dans le cancer.

La fièvre a plus de valeur. Elle manque presque toujours quand il s'agit de lésions syphilitiques ou cancéreuses. Elle n'est pas absolument constante au cours du mal de Pott, mais on l'y rencontre assez fréquemment pour qu'elle puisse compter comme un appoint important en faveur de la tuberculose vertébrale. Il est indispensable, lorsqu'on surveille les malades à ce point de vue, de prendre la température rectale, matin et soir, pendant plusieurs jours de suite, car la fièvre peut se montrer irrégulièrement.

Les antécédents personnels et familiaux du malade méritent d'être étudiés avec soin. L'existence de tuberculose chez ses parents, chez ses enfants, chez les autres personnes qui vivent avec lui, doit être prise en considération. Les lésions tuberculeuses, récentes ou anciennes que, présente le sujet lui même, ont encore plus de valeur, et l'on doit en rechercher soigneusement les symptômes dans tous les organes.

Ce sont également les commémoratifs qui fourniront des arguments en faveur du cancer ou de la syphilis.

Il est extrêmement rare que des tumeurs de mauvaise nature, même lorsqu'elles sont d'origine conjonctive (sarcome et ses dérivés), débutent par la colonne vertébrale. Aussi ne doit-on guère songer au cancer que lorsqu'on relève en quelque autre point de l'économie des traces de cancer.

Les altérations syphilitiques des vertèbres sont infiniment plus rares que les lésions tuberculeuses. Dans le doute on doit tenter l'épreuve du traitement intensif, et l'expérience est assez promptement concluante pour dissiper toute hésitation.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La diarrhée et la constipation chez la femme pendant la période puerpérale

Par M. Keim, *ancien interne des hôpitaux de Paris*

Dans l'état gravide tous les organes de la femme subissent des changements, pour la plupart transitoires. Ces changements ont, nous le savons aujourd'hui, des causes variées, qui tiennent les unes à la compression des organes déplacés par l'utérus gravide dans son ascension ; d'autres à des troubles nerveux réflexes à point de départ génital ; d'autres enfin, à la toxhémie gravidique ou à des causes intercurrentes, dont la principale est l'infection.

Plusieurs de ces causes peuvent être l'origine de troubles passagers pour les organes voisins de la zone génitale. A ce titre l'appareil urinaire et l'appareil digestif sous-diaphragmatique peuvent se trouver intéressés. Nous pourrions indiquer les rapports pathologiques communs à l'intestin et aux voies urinaires. Mais si les troubles urinaires sont

Digitized by Google

bien connus et depuis longtemps, dans leur histoire clinique, pathogénique et thérapeutique, ceux du tractus intestinal le sont encore beaucoup moins, surtout dans leurs détails.

Jusqu'à ces dernières années, en effet, on ne rapportait à l'intestin que les troubles mécaniques produits par la constipation ou la diarrhée. On sait maintenant qu'il faut faire à l'intestin une part plus large dans les complications de la puerpéralité.

Notre but est de mettre en lumière cette importance de l'intestin et de montrer que, s'il existe une diarrhée et une constipation pour ainsi dire physiologiques, pendant la période puerpérale, ces deux symptômes peuvent acquérir une gravité telle, qu'ils simulent l'infection puerpérale et peuvent mettre en danger la vie de la femme.

Leur importance s'explique d'ailleurs par les rapports mêmes de l'intestin et de l'appareil génital. Ces rapports sont doubles, anatomiques et réflexes.

Les rapports anatomiques sont peu importants au début de la grossesse; cependant l'utérus se met bientôt en contact avec le rectum porté un peu à gauche de la ligne médiane: quelquefois même il le comprime, quand il est en rétroversion. A mesure que l'utérus se développe en hauteur, il refoule l'intestin grêle, qui se trouve, en partie, devant lui, jusqu'au 6e et 7e mois, mais remonte tout en haut et à gauche aux 8e et 9e mois. Ceci nous explique que, dans l'opération césarienne faite à terme ou près du terme, il est exceptionnel de trouver l'intestin entre la paroi abdominale et la face antérieure de l'utérus. Ceci nous explique également la marche différente des hernies pendant la grossesse, selon qu'elles sont inférieures (inguinale, crurale, obturatrice, ischiatique), ou supérieures (ombilicale ou diaphragmatique), et aussi la variabilité des symptômes de certaines affections intestinales à cette période, en particulier l'appendicite.

La compression de l'intestin grêle par l'utérus est d'ailleurs peu facile, car l'intestin est mobile et l'utérus est en antéflexion et en latéroflexion, à droite en général. Cependant, on conçoit qu'elle se puisse faire, en cas de distension utérine exagérée, dans la gémellité ou l'hydramnios, ou en cas de grossesse compliquée de gros kystes de l'ovaire ou de fibromes volumineux. La compression de l'intestin n'est d'ailleurs pas indispensable pour expliquer les troubles intestinaux pendant la période puerpérale : les rapports de contiguité suffisent, et ces rapports sont surtout bactériologiques. L'intestin, de même que la vessie, est perméable aux bacilles mobiles, et il existe presque un rapport de continuité entre l'utérus et l'intestin par la trompe, grâce au péritoine.

Les rapports réflexes entre l'intestin et l'utérus sont bien connus, en particulier dans les affections gynécologiques, qui s'accompagnent souvent de ténesme, de coliques, de sécrétions intestinales. Dans la grossesse au début, ils se traduisent par la constipation, ou par la diarrhée, ou par des vomissements et cela par conséquent en dehors de toute compression. Ces rapports sont médiats, par le système nerveux central, le point de départ étant utérin, le point d'arrivée, intestinal.

On conçoit donc l'existence d'une constipation et d'une diarrhée, pour ainsi dire normales, chez la femme pendant la période puerpérale; diarrhée au début de la grossesse, quelquefois symptôme de grossesse, et diarrhée au début du travail; constipation légère entre ces deux périodes extrêmes de la grossesse.

En dehors de ces cas, la diarrhée et la constipation sont de véritables complications, et ce sont elles surtout qui vont nous intéresser.

Symptômes. — La diarrhée peut débuter en dehors de tout écart de régime ; elle se traduit par l'apparition d'un flux jaune clair, ou muqueux, bientôt suivi de selles bilieuses, noirâtres, dont le caractère essentiel est d'être fétides. Cette fétidité ne peut se comparer qu'à celle des matières des typhiques; ce sont des selles infectieuses. Elles sont rarement accompagnées de coliques ; aussi est-il nécessaire pour l'accoucheur de toujours s'informer de la nature des selles. Quand la diarrhée a une certaine durée, la bouche se dessèche, la femme a soif et a des urines rares, avec présence de l'indican qu'on retrouve toujours en cas d'infection du tube digestif, même en dehors de toute spécificité. Si la diarrhée se prolonge en durée, elle peut revêtir tous les caractères des vomissements incoercibles de la grossesse, c'est une véritable diarrhée incoercible, comme l'a écrit Tarnier; elle fait maigrir rapidement la femme, les troubles urinaires s'accentuent, surtout en ce qui concerne l'excrétion de l'urée et des autres matières azotées. Le pronostic est d'une gravité extrême, car la thérapeutique est impuissante à faire cesser la diarrhée et surtout à combattre l'intoxication générale de l'organisme.

Pendant la période puerpérale, la constipation peut avoir une marche symptomatique semblable à celle de la diarrhée. Quand elle est modérée, elle est pour ainsi dire physiologique, comme nous l'avons déjà dit. Si elle a une certaine durée, elle s'accompagne de pesanteurs, de douleurs abdominales, d'anorexie et de vomissements; il existe du tympanisme localisé ; au palper on trouve des matières dures, surtout dans la fosse iliaque droite ; elles ont maintes fois été la cause d'erreurs de diagnostic et prises pour des tumeurs solides des annexes ou du petit bassin. Ces tumeurs s'évanouissent au moment d'une débâcle intestinale provoquée ou spontanée,

Digitized by Google

car l'irritation de la paroi de l'intestin par les scybales peut être l'origine d'une diarrhée qui alterne avec la constipation.

Quoi qu'il en soit, on comprend comment, par leur durée, la diarrhée et la constipation peuvent se compliquer gravement ; la diarrhée épuisant la femme, l'amaigrissant et devenant le point de départ de troubles nerveux ou même de troubles utérins suivis de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, plus rarement de la mort du fœtus in-utero ; la constipation tenace au traitement, pouvant produire les vomissements incoercibles, les hémorragies intestinales, l'obstruction ou la perforation de l'intestin avec toutes leurs conséquences.

Il est donc important pour le clinicien de faire un diagnostic exact de ces symptômes ; car il n'est pas suffisant de connaître leur existence, il faut encore, par l'analyse de leurs diverses modalités cliniques, établir leur véritable signification.

Diagnostic. — En général, au début de la grossesse ou au début du travail, la diarrhée a un caractère physiologique ; son existence confirmera quelquefois le diagnostic d'un début de grossesse, ou annoncera un commencement de travail. En dehors de ces conditions, en dehors d'un flux diarrhéique qui suivrait une constipation de quelque durée, il est indispensable de savoir, si la diarrhée est simple, si elle est incoercible et surtout si elle est ou non symptomatique d'un état pathologique général ou local. Nous avons déjà indiqué les symptômes qui peuvent faire diagnostiquer une diarrhée grave, incoercible ; disons encore que cette modalité est heureusement exceptionnelle.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'étudier les entérites diverses, l'entéro-colite, la dysenterie, l'ulcère ou le cancer de l'intestin qui peuvent être la cause de diarrhée dans l'état puerpéral ; les commémoratifs de leur évolution avant la grossesse permettront de les dépister. Mais il est une infection intestinale qu'il est souvent difficile de diagnostiquer, surtout pendant les suites de couches, c'est l'infection typhique. La diarrhée toxi-infectieuse de cette période de l'état puerpéral simule souvent, en effet, la fièvre typhoïde par la caractéristique qu'elle imprime à l'état général de la malade, dont le facies, l'adynamie, la température sont parfois identiques à ceux d'une typhique. Le diagnostic était jadis presque impossible, entre l'infection puerpérale véritable, la pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale, et la fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic est un moyen précieux pour éliminer ce dernier diagnostic ; l'état de l'utérus, sa sensibilité, son volume, la couleur et l'odeur des lochies, enfin et surtout la perméabilité de l'utérus seront des facteurs suffisants pour affirmer ou non l'infection puerpérale véritable.

Pour la constipation, ce sera souvent parce que la femme souffre dans la région abdominale ou parce qu'elle vomit ou a de la fièvre, qu'elle vient consulter. L'accoucheur, en l'interrogeant, devra reconnaître la constipation et rechercher par le palper ou le toucher vaginal s'il existe des masses de scybales dans le gros intestin. Cette recherche permettra d'éviter une erreur de diagnostic et d'éliminer les tumeurs du petit bassin d'origine annexielle, utérine ou osseuse, les tumeurs de l'abdomen. La pseudo-occlusion intestinale ou la rétention d'urine disparaîtront parfois rapidement à la suite d'une irrigation rectale ou d'un purgatif.

Traitement. — La diarrhée de la grossesse cède en général facilement au traitement par le sous-nitrate de bismuth et le diascordium, ou le laudanum en lavement (XX à XXV gouttes par quart de lavement), ou la diète partielle. Si elle persiste et si elle s'aggrave, si elle prend surtout les caractères de la diarrhée incoercible, amaigrissant et affaiblissant la femme, si le traitement médical est impuissant, on a proposé (Lizé), d'agir comme pour les vomissements incoercibles graves, et d'interrompre la grossesse par l'avortement ou l'accouchement prématuré provoqués. C'est là, est-il besoin de le dire, une conduite à tenir seulement dans le cas où la vie de la femme est en danger, et en s'entourant de toutes les précautions médicales et légales en usage.

Pendant les suites de couches, la diarrhée, la pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale, devra être soumise à un véritable traitement antiseptique et surtout antitoxique. On a proposé les grands lavages de l'intestin à l'aide d'une longue sonde molle avec de l'eau naphtolée à 2 0/0, l'antisepsie intestinale par le benzonaphtol et surtout par le charbon à haute dose, les purgatifs légers ; mais ce sera avant tout le régime lacté absolu qu'on imposera pour aseptiser le tractus intestinal, pour faire disparaître les éléments de putréfaction et hâter l'élimination au filtre rénal des toxines diverses introduites dans la circulation générale.

La constipation pendant la grossesse ne devra jamais être négligée. On la traitera par les laxatifs, les purgatifs légers (huiles de ricin, sulfate de soude, sulfate de magnésie, rhubarbe, en évitant les drastiques qui congestionnent les organes du petit bassin et peuvent provoquer l'expulsion du produit de conception) ; les lavements simples ou glycérinés, de même que les divers suppositoires simples ou médicamenteux sont également à employer. Si ces divers moyens échouent, on a dû recourir au curage du rectum pour faire cesser la constipation.

Toujours, il faudra la traiter, car si elle persiste elle peut s'accompagner de vomissements, de dou-

Digitized by Google

leurs abdominales, d'élévation de la température, en un mot être le point de départ de la stercorémie. Au moment du travail, les scybales peuvent former un véritable obstacle mécanique à l'examen obstétrical et à l'accouchement ; elles peuvent rendre difficile le toucher et surtout l'exploration ou la mensuration du bassin. Ce sera un véritable rétrécissement fécal, rendant plus longs les temps de l'engagement et de la rotation du fœtus, et formant même un obstacle au dégagement des épaules ou de la tête dernière.

Pendant les suites de couches, l'histoire clinique de la constipation et celle de la diarrhée se confondent en partie. Toutes deux peuvent être l'origine de la pseudo-infection puerpérale qui, quelquefois, débute quelques jours avant l'accouchement et s'accompagne de frissons, de douleur abdominale. Généralement, c'est pendant les premiers jours des suites de couches, du 5e au 8e, que l'infection intestinale s'annonce par une brusque élévation de la température. De 37° la courbe passe à 38°5-39. Rarement l'utérus sera en cause ; presque toujours l'infection est extra-utérine, soit intestinale, soit mammaire. Aussi si les seins paraissent normaux, s'il n'y a ni lymphangite, ni galactophorite, le traitement de l'intestin tel que nous l'avons déjà formulé, suffira-t-il à abaisser la température. Par exception, l'infection intestinale peut simuler l'infection puerpérale véritable ou même produire de véritables accès éclamptiformes, quand l'intoxication généralisée est assez profonde pour altérer les fonctions d'élimination et atteindre le système nerveux.

Ce sont là des faits que l'accoucheur doit bien connaître pour éviter de traiter l'utérus, de l'infecter peut être par contiguité. Ce ne sont là que des infections intestinales résultant, semble-t-il, de la culture microbienne, colibacillaire en général, dans ce vase clos que forme l'intestin à la fin de la grossesse, sous la pression du globe utérin.

C'est donc l'intestin seul qu'il faut traiter, aseptiser, et cela surtout par le régime lacté absolu ; on supprimera ainsi l'ascension fébrile qui pourrait menacer, par sa durée, la montée laiteuse.

FAITS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique

Ayant lu la communication faite par M. H. de Brun (de Beyrouth) dans le *Journal des Praticiens* (1) sur le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique, j'ai le plaisir d'annoncer que cette méthode m'a donné des résultats merveilleux sur des malades atteints depuis nombre d'années de cette désespérante affection. En communiquant les observations suivantes, je cède au désir de rendre hommage à sa sagacité clinique et de voir cette nouvelle médication mise en pratique par nos confrères contre une maladie si répandue et si tenace.

Observation I. — Mon premier malade, âgé de 35 ans, est atteint de blennorrhagie depuis dix ans. Après avoir subi les traitements les plus variés (copahu, cubèbe, lavage au permanganate de potasse, instillations au nitrate d'argent) sans aucun résultat, le malade découragé s'était résigné à vivre avec son mal. Pourtant sa femme ayant contracté une métrite, il se décida de nouveau à se faire soigner.

La sécrétion purulente est assez abondante pour maculer tous les jours la chemise du malade. L'urèthrite est étendue à tout le canal. J'examine le pus et reconnais le streptocoque uni au gonocoque. Je fais moi-même des lavages avec une solution composée de permanganate et de sublimé. J'en fais vingt. Résultat nul. J'ai recours alors aux instillations de nitrate d'argent à 5/00. Douze instillations pratiquées à deux jours d'intervalle l'une de l'autre ne donnent aucun résultat. Je me décide alors à laisser le malade se reposer huit jours, puis à commencer des instillations d'acide picrique à 2/100 tous les jours. *A la première instillation la sécrétion purulente disparaît !* J'en fais encore *trois*, une tous les matins. En tout, quatre instillations ! Depuis le 1er septembre mon malade reste guéri.

Observation II. — Mon second malade est atteint depuis quatre ans. Il a passé par tous les traitements avant de venir me demander des soins. D'emblée, je lui fais des instillations tous les matins à l'acide picrique. A la sixième, disparition complète de la sécrétion purulente. Pourtant mon client me supplie de lui faire encore quelques instillations *"pour affermir la guérison"*. Je cède à son désir et lui fais encore quatre instillations. La guérison se maintient depuis un mois.

L'instillation d'acide picrique à 2/00 est sursaturée. Il faut la faire chauffer pour éviter une cristallisation. La douleur que cette solution produit est vive, plus vive que celle produite par le nitrate d'argent à 5/100, mais elle ne dure pas. — Dr Deramond, *Lauréat de la Faculté de Médecine* (à St-Paul, Ile de la Réunion).

(1) Le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique, par H. de Brun ; *Journal des praticiens*, 15 juin 1901.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

L'incapacité successorale des médecins

On connaît la loi. Traitez un client, que celui ci soit votre meilleur ami, traitez-le au cours de la maladie qui l'emporte, vous n'aurez pas le droit d'hériter de sa part quoi que ce soit, le legs testamentaire fût-il d'importance tout à fait réduite. Comme l'a fait remarquer un de nos confrères qui siège à la Chambre, M. le Dr Delarue, et je suis heureux de saluer en lui un des rares députés qui se sont souvenus qu'ils étaient médecins, comme l'a fait remarquer notre confrère dans un discours

Digitized by Google

qu'il a prononcé il y a quelques semaines, dans pareille disposition légale il se glisse un déni de justice qu'il n'y a pas lieu de tolérer plus longtemps. Un médecin n'a pas le droit d'hériter. Pourquoi? L'empire qu'il exerce sur son client annihile la liberté de celui-ci. Très-bien. Je comprends : tout héritage qui reviendrait à l'un de nous serait le fait d'une captation. On n'est pas plus aimable. C'est l'article 909 du Code civil qui nous annonce cette gracieuse opinion qu'il s'imagine de nos personnes. Médecin : voleur d'héritages ; la définition y est inscrite par les conséquences qui en sortent.

M. Delarue a protesté, ce de quoi nous le félicitons. Avec cela que le médecin a pouvoir d'influer à ce point les décisions testamentaires d'un client. Et la famille et l'entourage, qu'en fait-on? Ils ont pourtant voix au chapitre, peuvent s'interposer quand il convient. — Il n'y a pas de famille. — Eh ! bien, et notre conscience professionnelle ? — Le code n'y croit pas. — Tant pis pour ceux qui ont rédigé le code. Quand on se crée une telle opinion de son voisin, on n'est pas soi-même armé d'une rigidité exemplaire de principes. — Voici, de tous les groupements professionnels, celui qui fournit à la société les marques les plus évidentes de dévouement quotidien et de désintéressement. Comment y répond la société ? Elle se retranche dans une impassibilité méprisante. Les médecins ne lui offrent pas des garanties de moralité suffisantes, affirme-t-elle. Elle insiste même et met les points sur les I. C'est pour la dernière maladie du client que le danger de captation surgit. Le médecin n'héritera pas.

Mais la maladie dure vingt ans. C'est bien la dernière, si c'est elle qui emporte son homme. Le médecin n'héritera pas, vous dis-je; il exerce sur le malade la même influence que le prêtre, et il convient de mettre les agonisants à l'abri des sollicitations intéressées. Je veux bien pour le prêtre ; il est appelé à la dernière heure, alors que les facultés du pauvre diable commencent à s'obscurcir et que se perd le pouvoir de résistance du malheureux. Le médecin, c'est autre chose. Pendant des mois, des années, il soigne un malade. Que ce dernier tienne à lui témoigner sa reconnaissance, halte-là ! La loi s'oppose à son désir. Elle appelle cela : liberté testamentaire. Oh ! la souplesse des vocables !

M. Delarue a raison. Il estime que cette disposition du code constitue une véritable iniquité et il propose de l'abroger. La proposition qu'il a déposée a été renvoyée à la commission de réforme judiciaire et de législation civile. Ce renvoi à la commission ne laisse pas d'être inquiétant. Pourquoi ce retard à l'examen et à la discussion d'une proposition aussi simple? Est-ce à dire que la Chambre n'en veut pas? C'est bien possible. On avouera qu'elle ne fait pas grand chose pour les médecins. Elle ne s'occupe d'eux que lorsqu'il s'agit d'élever leurs charges et d'augmenter les impôts. Le projet de M. Delarue vient quelque peu déranger cet ordre à ses habitudes. On comprend que la Chambre en soit surprise. Conçoit-on cette audace? Venir plaider la cause des médecins? Vite, au panier la proposition de M. Delarue. En termes législatifs, cela s'appelle le renvoi à la Commission.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Le rhumatisme vertébral chronique à forme pseudo-névralgique. — Le praticien croise souvent au cours de sa carrière des malades atteints d'un double ordre de symptômes : 1° des pseudo-névralgies (en ceinture, sciatiques, crurales, brachiales); 2° une rigidité temporaire de la colonne vertébrale. M. le Dr Forestier (d'Aix) a écrit sur cette maladie un fort intéressant mémoire *(Arch. Méd.*, juillet 1901*)*. L'auteur rattache les douleurs à l'existence d'une congestion et augmentation d'épaisseur du périoste au niveau des trous de conjugaison ; le périoste s'enflammerait par voisinage à côté des articulations vertébrales atteintes. Il en résulterait une compression des troncs nerveux radiculaires et des douleurs variables.

Le diagnostic s'établit avec les douleurs des neurasthéniques où la rigidité vertébrale fait défaut, avec les méningites chroniques rachidiennes (méningite syphilitique).

Dans ces dernières affections, l'analogie est frappante ; dans les deux cas, il existe de la rachialgie, des douleurs irradiantes, de la rigidité vertébrale. Les commémoratifs relatifs à l'infection spécifique, l'évolution de l'affection qui dans le cas de syphilis s'accompagne de troubles de la vessie et du rectum, de parésies, etc., le résultat thérapeutique excellent, moyennant l'administration de douches-massages à Aix, permettront de se reconnaître. On songera également au mal de Pott et à la pachyméningite cervicale hypertrophique. Les signes propres à ces deux affections lèveront les doutes. Le mémoire de M. Forestier, très documenté, éclaire une donnée obscure et témoigne d'une grande sagacité clinique.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la névralgie de la face par les courants galvaniques. — C'est là une méthode de traitement que nous ne saurions trop recommander aux praticiens. Il leur suffit d'une pile à courants continus pour obtenir des effets très remarquables. Nous avons l'habitude de faire précéder l'emploi du courant électrique par l'application de quelques pointes de feu dans les cas de névralgie sciatique. Dans la névralgie du trijumeau, ce traitement préalable par pointes de feu n'est pas de mise. Il risque de laisser des taches cicatricielles à sa suite. Il faut se contenter du courant électrique simple. Un courant de 10 à 20 milliampères produit déjà du soulagement ; le sens du courant nous a semblé importer assez peu. M. le Dr Vernay (de Vienne) use, lui, de courants bien plus forts *(Lyon Médical*, 3, 17, 24 nov. 1901), il commence par 40 milliampères et monte même jusqu'à 50, 60, 70 M. A, la durée de l'application variant de 30 à 60 minutes. Dans les cas particulièrement intenses, le traitement doit être continué 10 à 20 jours de suite. Les névralgies les plus violentes ont chance d'être amendées, grâce à cette médication.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Le diagnostic de la fièvre typhoïde. — Même à l'aide des procédés de la technique moderne, le diagnostic n'est pas toujours aisé et le praticien est contraint d'attendre. Se trouve-t-il en face d'une grippe, d'une granulie ou d'une fièvre typhoïde ? Les trois maladies ont de forts points de ressemblance.

M. Widal montre à ce propos, dans son service de l'hôpital Cochin, un homme de 29 ans. Dans son jeune âge, il a eu une fièvre typhoïde, et la maladie a duré trois mois. Depuis dix jours qu'il est entré dans les salles, on ne sait encore au juste de quelle affection il est atteint. Il a de la fièvre, et la température oscille entre 39° et 40° ; la langue recouverte d'un enduit blanchâtre est rouge sur les bords ; la rate est grosse ; il existe du ballonnement du ventre et de la diarrhée, laquelle plus abondante au début, a rétrocédé les jours suivants. Les bronches sont encombrées de sibilances. L'urine renferme des traces d'albumine et une coloration bleuâtre s'y dénonce par addition d'acide nitrique (indican).

Tous ces signes plaident en faveur d'une fièvre typhoïde. L'absence de grippes dans l'entourage du malade, la permanence de la température qui n'est pas coupée de rémissions profondes comme dans la grippe, éloignent l'idée de cette dernière maladie.

Le peu d'intensité des accidents bronchitiques joint à l'absence complète d'oppression ne permet guère de s'appesantir sur le diagnostic de granulie.

Et pourtant trois grands caractères manquent qui sont la marque de la fièvre typhoïde.

1° Le séro-diagnostic donne des résultats douteux. L'agglutination s'opère bien quelque peu, mais elle s'opère avec pareille intensité chez les personnes qui ont eu la fièvre typhoïde. Or, le malade actuel en a été atteint dans sa jeunesse, et la fièvre s'est prolongée sur une longueur de trois mois. De pareils antécédents expliquent suffisamment la légère agglutination constatée. Cette dernière ne permet donc de poser aucune conclusion à propos du mal présent.

2° De même la diazo-réaction. Elle est absente. On sait en quoi consiste ce moyen de diagnostic qui est d'ordre chimique. Ehrlich, en usant d'un réactif organique, le sulfo-diazo-benzol, a vu que traitées par ce composé en solution faible et titrée, les urines des personnes bien portantes présentaient des teintes allant du jaune à l'orangé et au brun, mais que chez les malades atteints de fièvre typhoïde, cette teinte devenait d'une belle coloration rouge. L'urine du typhique actuel n'a rien produit de ce genre. Il est vrai que la réaction se fût produite, sa valeur n'eût pu être considérée comme décisive, certaines autres maladies infectieuses présentant le même phénomène. N'empêche que son absence chez un fébricitant à apparence typhique, ne laisse pas que de devoir être signalée.

3° La culture du sang est également restée négative. On sait aujourd'hui que maintes fois on peut obtenir des cultures de bacille d'Eberth avec le sang d'un typhique, moyennant une double condition à remplir : 1° Il faut plusieurs centimètres cubes de sang (3 à 4 centimètres cubes), le bacille d'Eberth étant très dilué dans ce liquide ; 2° Il faut beaucoup de bouillon de culture (1/2 litre environ), le sang étant bactéricide de nature, et noyé dans une moindre quantité de véhicule, risquant de ne pouvoir amener à développement les germes qu'il renferme.

Le sang du malade mis en culture avec les précautions ci-dessus, est resté absolument stérile.

Son tracé thermique tend à baisser quelque peu. Si la défervescence s'opère d'ici à quelques jours, on pourra conclure à une fièvre typhoïde, bien que des trois nouveaux signes diagnostiques usités, le premier, le séro-diagnostic ait fourni des résultats douteux, et que les deux autres, la diazo-réaction et la culture du sang, soient restés absolument négatifs et stériles.

TOXICOLOGIE

Hydrargyrisme mortel à la suite d'injections de calomel. — Les injections sous-cutanées de calomel dans le traitement de la syphilis ne conviennent qu'à des cas rebelles au traitement ordinaire et particulièrement graves. Elles ne sont heureusement pas entrées dans la pratique courante ; nos confrères font bien de s'en méfier. Trop d'ennuis les attendraient s'ils se laissaient aller aux promesses merveilleuses de la médication. Celle-ci offre, en effet, comme avantages l'efficacité et la simplicité.

Rien de plus actif, rien de moins compliqué, c'est vrai. Mais cet éloge n'est pas tout en l'honneur des injections de calomel. Il renferme un blâme très sévère lié à la vertu excessive de la médication. Les injections de calomel sont efficaces, et trop. Des accidents ont été produits après une seule injection de 5 centigr., car le calomel ne reste pas à l'état de calomel dans les tissus ; il se réduit, se transforme en mercure, et, comme tel, émet des vapeurs toxiques. On sait, en effet, que la volatilisation possible du mercure ouvre une des grandes portes

Digitized by Google

d'empoisonnement. Ici le mercure est fixé à demeure dans l'organisme, et pendant des mois, tenant ses molécules métalliques en réserve, agit par les vapeurs que celles-ci sont à même d'émettre.

Un tel mode d'élimination explique des accidents en apparence indépendants de la médication, tellement la période où ils apparaissent se montre tardive et reculée. L'innocuité admise du remède ne tient peut-être qu'à l'échéance lointaine des troubles. Quand ils se montrent, le médecin n'est plus là pour les constater.

M. le Dr Chauffard, dans une leçon clinique récente, a conté l'histoire clinique d'une malheureuse où les signes d'intoxication ont apparu près de cinq mois après la dernière injection. Celle-ci avait été pratiquée à l'hôpital Broussais, le 15 septembre, la malade est entrée dans les salles de Cochin le 10 janvier. Elle est morte à Necker le 28 janvier.

C'était une femme de 51 ans, pâle, fatiguée, qui présentait à la face interne de la jambe gauche une vaste ulcération sanieuse, à contours pigmentés, qui avait été considérée comme une gomme syphilitique. Plusieurs injections de 5 centigrammes de calomel lui ont été pratiquées, à cet effet, à Broussais, la dernière remontant, nous venons de le dire, au 15 septembre. Ajoutons que la malade pansait cette plaie assez souvent avec un emplâtre de Vigo.

Elle entre à Cochin le 6 janvier, n'urinant pas depuis la veille. Des courbatures et des maux de tête avaient précédé cette anurie pendant une huitaine environ.

D'où venait cette anurie? Il n'y avait pas trace de lithiase rénale, ni d'hématurie. Les stigmates hystériques faisaient défaut ; il n'existait pas de vomissements. L'anurie hystérique devait être éliminée.

L'anurie de la néphrite aiguë se complique d'œdème et d'anasarque ; ici rien de tel ; au surplus, dans le cas présent, l'anurie était absolue ; les néphrites aiguës se révèlent par de la diminution des urines plutôt que par leur suppression.

C'est à peine si la sonde introduite dans la vessie retire une goutte de pus ; c'est cette goutte de pus qui fit pencher sur le moment le diagnostic vers une pyélo-néphrite calculeuse (le rein gauche paraissant un peu plus gros). C'était une erreur qui ne dura pas. Peu de jours après on vit que le pus était d'origine vaginale et dû à des ulcérations clitoridiennes concomitantes. Quoi qu'il en soit, ce diagnostic erronné, ce fut lui qui légitima l'envoi de la malade à Necker, dans le service de M. le Prof. Guyon, et là bas les accidents se précipitèrent.

La maladie fut attribuée à son origine réelle, à une anurie toxique d'origine hydrargyrique.

Dans le service de M. Chauffard où cette femme n'était restée que 48 heures, on n'avait observé outre l'anurie que de la céphalée, des nausées, des vomissements bilieux. A Necker, l'haleine devient fétide, les dents sont agacées, un liseré bleuâtre envahit les gencives qui se tuméfient ; il existe de la salivation et une ulcération grisâtre se déclare sur la face muqueuse de la lèvre inférieure. L'anurie persiste ; la vessie est trouvée saine et vide, mais des érosions multiples couvrent la région clitoridienne. C'était le 8 janvier.

Les jours suivants, les signes de stomatite s'aggravent ; les dents se déchaussent, de larges ulcérations gingivales envahissent les molaires du côté droit, l'ulcération de la lèvre s'étale et se creuse, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent. La salivation est incessante et coule de la bouche constamment ouverte.

Les troubles gastro-intestinaux prennent une intensité alarmante ; une diarrhée sanguinolente continue affaiblit la malade ; les vomissements se répètent et renferment également des matières sanguinolentes. La faiblesse, la torpeur cérébrale augmentent et la mort survient le 28 janvier.

A plusieurs reprises, la malade avait uriné : un jour 50 gr. d'urine, un autre jour jusqu'à 750 gr. L'urine montrait, outre l'albumine, de nombreux leucocytes et une purée de cylindres granuleux.

A l'autopsie on trouva des lésions rénales de deux ordres, les unes plus récentes (gros rein blanc) et dues à la néphrite toxique, d'autres, plus anciennes, et témoignant d'un certain degré de sclérose rénale. Les reins étaient gros, mollasses, et pesaient 500 gr. à eux deux.

Le fait que cette malade présentait des signes de sclérose rénale ancienne, atténue quelque peu la responsabilité des injections de calomel. On sait que les phénomènes d'hydrargyrisme menacent surtout les organismes dont le rein commence à être touché.

D'autre part, cette malheureuse pansait de temps à autre la plaie de sa jambe avec un emplâtre de Vigo. Il est peu probable que ce dernier moyen de traitement ait exercé une influence considérable dans le sens de l'intoxication hydrargyrique. Il a pu aider, aggraver quelque peu l'action toxique des injections de calomel. Celles-ci à elles seules portent la peine de ce lamentable accident.

Si le praticien doit user d'injections sous-cutanées, qu'il recoure plutôt aux injections solubles. Le biiodure, le cyanure, le benzoate de mercure, voilà d'excellentes préparations. Au moins s'éliminent elles bien plus rapidement, en sorte que les dangers d'accumulation sont fortement réduits.

Mais ces injections solubles doivent être répétées souvent. Elle ne constituent pas une médication commode. Le praticien ne voit pas revenir ses

Digitized by Google

syphilitiques tous les jours, il est tenu de leur fournir un autre traitement moins onéreux, et les vieilles pilules au protoiodure, aidées dans quelques cas des frictions, lui rendront encore pour l'ordinaire les services les plus appréciés. — K. S.

UROLOGIE

Des rétentions d'urine chez la femme. — Après une étude résumée de la physiologie pathologique de la rétention d'urine, le Dr Barbin (*Th. de Paris*, 1901) étudie cet accident chez la femme au point de vue clinique. La rétention peut être complète, lorsque la vessie est distendue à son maximum, incomplète lorsque la vessie se vide imparfaitement et qu'il y a résidu après la miction.

La rétention incomplète se présente sous deux formes différentes, avec ou sans distension.

Dans la rétention complète on observe également deux types : la rétention complète sans miction, la rétention complète avec miction par regorgement ; mais tandis que le premier est très rare chez la femme, le second type est le plus commun.

L'auteur divise les causes de rétention chez la femme en trois groupes :

a) *Les causes locales :* ce sont des spasmes, des malformations congénitales, des rétrécissements et tumeurs de l'urèthre ; des calculs vésicaux, des corps étrangers de la vessie, des tumeurs vésicales, des tumeurs par envahissements, telles que le cancer de l'utérus, du rectum.

b) *Les causes réflexes* qui peuvent être : physiologiques (grossesse, menstruation) ; pathologiques (affections de l'utérus et des annexes) ; consécutives aux opérations pelviennes (hémorrhoïdes, fissures) ; enfin secondaires aux affections de l'appareil urinaire.

c) *Les causes générales* sont : les maladies générales infectieuses ou toxiques ; les maladies nerveuses (ataxie, paralysie générale, sclérose en plaque, paralysies), les névroses (hystérie).

Basant son étude sur cinq femmes observées à Necker, Barbin rapproche leur histoire de celle des vieux prostatiques. En effet, à l'examen au cystoscope on voit que la surface interne de la vessie présente les mêmes caractères que ceux des vessies scléreuses ; la réaction au manomètre est la même que celle des vessies scléreuses. Cependant l'examen du système artériel n'a pas permis d'affirmer l'artériosclérose chez ces malades. Toutes ces femmes avaient dépassé la ménopause, mais la pathogénie de ces rétentions, à part cette question d'âge, est assez difficile à élucider.

Le cathétérisme et les lavages ont amené une amélioration assez rapide et même la guérison.

SYPHILIGRAPHIE

La syphilis sans accident primitif.— En 1873, M. Lancereaux, dans son ouvrage sur la syphilis, conclut qu'il doit exister des syphilis d'emblée et considère celles-ci comme le produit d'une infection sanguine. Au Congrès de Rome, en 1894, M. Verchère rapporte des faits nombreux de malades chez qui on n'a jamais pu constater la présence d'un accident primitif. On comprend tout l'intérêt scientifique et social d'un pareil sujet discuté à nouveau par M. H. Léculier (*Thèse de Paris*, 1901).

A priori, la syphilis sans accident primitif est très possible ; le processus syphilitique ne se manifeste-t-il pas ainsi dans la syphilis conceptionnelle et dans la syphilis placentaire ? Les syphilis d'emblée se produisent dans deux circonstances : 1° quand la place de l'inoculation a été reséquée ; 2° lors d'une inoculation profonde du virus.

Les observations de la première variété ne sont pas rares : au lendemain d'un coït avec une fille syphilitique, Cordier enleva au patient la place probable de l'inoculation et l'infection eut lieu néanmoins malgré l'absence de chancre. Augagneur pratique la circoncision sur un jeune homme atteint de blennorrhée et de phimosis ; deux mois plus tard l'opéré présente les signes d'une syphilis constitutionnelle bien que le chancre, qui était probablement dans le prépuce, n'ait pas été observé.

Voici quelques observations de la seconde variété : M. Fournier rapporte le cas d'une inoculation accidentelle par une aiguille de seringue pour sel de mercure ; le virus a porté en plein muscle ; on n'a pas observé d'accident local.

Jullien rapporte le fait suivant : deux chirurgiens qui opéraient une femme d'une gomme tuberculeuse présternale se piquent avec l'aiguille qui avait traversé les téguments ; 9 jours après, cette femme présente une roséole généralisée et un syphilôme de la fourchette en voie de réparation. 26 jours après l'inoculation, un des deux opérateurs est pris de fièvre, son doigt se boursoufle et se rouvre en déterminant une ulcération absolument insignifiante. 30 jours après l'inoculation, le deuxième opérateur est pris de fièvre sans phénomènes locaux. Sur tous les deux la syphilis suivit son cours.

Telles sont les deux sortes de syphilis sans accident primitif (mis à part la syphilis conceptionnelle et la syphilis placentaire). Ces syphilis d'emblée ont-elles une symptomatologie spéciale ?

Dans le premier cas, l'inoculation étant normale et probablement par voie lymphatique, l'évolution ne doit pas différer du processus ordinaire. Dans le second cas la syphilis succédant à une inoculation profonde, sanguine, il semble que le pronostic soit

Digitized by Google

plus sévère. Il faut d'abord rechercher les symptômes généraux : l'hypoglobulie très notable ; la diminution de l'hémoglobine et l'anémie dite syphilitique ; l'hypertrophie de la rate. Plus tard les signes extérieurs viendront attester la généralisation de l'infection. Il semble que la syphilis ait une marche plus rapide dans ces cas, mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour que l'on puisse en tirer une ferme conclusion.

Malgré l'absence de chancre l'infection n'existe donc pas moins ; il est de peu d'importance que les accidents secondaires se manifestent, puisque tous ces signes varient suivant l'état de la peau ou de la muqueuse où ils siègent, semblant en un mot dépendre de facteurs extrinsèques à la syphilis.

Pour toutes ces raisons on peut se demander si les insuccès des inoculations aux animaux ne tiennent pas à ce que l'on s'est attaché à rechercher chez eux les mêmes accidents cutanés que chez l'homme, alors qu'il y aurait tout intérêt à diriger les recherches sur les lésions et les signes constants de la syphilis : sur le sang et les artères, sur les lésions viscérales et osseuses. — R. B.

Congrès Français de Médecine

SIXIÈME SESSION. — TOULOUSE 1er AVRIL 1902

Les médicaments d'épargne. — L'insuffisance hépatique

Les trois questions traitées au Congrès de Toulouse sont les médicaments d'épargne, l'insuffisance hépatique, les convulsions chez l'enfant.

M. le Prof. Soulier (de Lyon) et Henrijean (de Liége) nous ont parlé des médicaments d'épargne. Les médicaments d'épargne, dit M. le Prof. Soulier, peuvent être rangés en deux classes, suivant qu'ils exercent une action modératrice sur la nutrition, ou bien, au contraire, une action excitante sur la nutrition. Cette deuxième classe épargne les albuminoïdes de constitution, en ce sens que dans la privation d'aliments, elle devient tout particulièrement apte à utiliser les réserves alimentaires de l'organisme. Autrement dit, tandis que la première classe des médicaments d'épargne se caractérise par des effets modérateurs immédiats (graisses, huile de foie de morue), la seconde ne produit ces effets modérateurs qu'à la faveur d'une excitation préalable. Ils sont modérateurs de la destruction des albuminoïdes parce que oxydants et oxydants des réserves alimentaires. Tel le groupe kola, café. Soit, mais une objection se dessine ; dans le groupe qui utilise les réserves alimentaires de l'organisme, comment savoir où s'arrête son action ? Et quand les réserves alimentaires seront épuisées, l'effet excitant ne se prolongera-t il pas ? Pourquoi la destruction des albuminoïdes serait-elle à l'abri ? Quant à l'alcool, il se comburerait moins difficilement chez le fébricitant que chez l'homme sain. C'est surtout comme excitant cardiaque qu'il est prescrit, son action d'épargne, quelle que soit la manière de la comprendre, ne comptant guère dans ses effets.

M. le Prof. Henrijean, dans son rapport, très court du reste, entre dans la même voie que M. le Prof. Soulier. La question des médicaments d'épargne, selon lui, ne peut être résolue que par l'étude des bilans nutritifs. Or on n'a guère fait intervenir jusqu'aujourd'hui que les oxydations comme source d'énergie. On dit qu'un médicament est d'épargne quand il restreint les oxydations ; mais comment influence-t-il les hydratations, les dédoublements, les synthèses ? Les oxydations peuvent être diminuées sans que le soient les autres formes de mutations nutritives. Tout cela, on le sait fort bien et depuis longtemps. L'action même des remèdes sur les autres mutations nutritives que les oxydations ne nous semble pas aussi neuve qu'à M. Henrijean.

Avec la question de l'insuffisance hépatique, nous entrons dans la haute physiologie. Les rapports de MM. Charrin et Ducamp constituent des monographies complètes où les différentes faces du problème sont abordées, à l'aide de données expérimentales, surtout personnelles, dans le rapport de M. Charrin, et de documents plus généraux dans celui de M. Ducamp. On connaît les fonctions multiples du foie : 1° fonction glycogénique ; 2° fonction uropoiétique ; 3° fonction antitoxique ; 4° fabrication de la bile.

L'insuffisance fonctionnelle se traduira par la déviation des fonctions normales. On observera de la glycosurie alimentaire, de l'hypo-azoturie, de l'hypertoxicité urinaire, de l'urobilinurie ; moins connue est l'indicanurie et l'intermittence dans l'élimination du bleu de méthylène. La diminution de la fonction biliaire sera le dernier signe de l'insuffisance hépatique. Quant à l'ictère, comme l'a dit M. Chauffard, il est plutôt cause que signe d'insuffisance hépatique.

S'inspirant d'une expérience de Claude Bernard sur la production de la glycosurie après ligature de la veine porte, Colrat, le premier, au cours de la cirrhose atrophique, rechercha et démontra le passage des sucres dans les urines, consécutivement à leur ingestion. Toutefois et même à l'état normal, comme l'ont démontré MM. Linossier et Roque, ce phénomène peut se produire. On ne saurait donc sur ce seul signe conclure à l'état morbide du foie.

Les recherches de Frerichs, Murchison, Brouardel, etc., ont prouvé le rôle du foie dans la fabrication de l'urée. Dans les cas d'altération hépatique, le taux d'élimination subit une notable atténuation qui peut aller jusqu'à la disparition presque complète. D'après Schmiedeberg et Schrœder, l'urée provient de la transformation des sels ammoniacaux ; faites ingérer de l'acétate d'ammoniaque à un homme sain, le remède se transforme en urée. Chez les hépatiques l'acétate d'ammoniaque passe à l'état d'ammo-

Digitized by Google

niaque dans les urines. C'est ce que Gilbert et Carnot ont appelé l'ammoniurie expérimentale. M. Ducamp, répétant ces expériences, ne les a pas toujours trouvées concluantes ; dans quatre cas l'épreuve de l'ammoniurie expérimentale ne lui a rien donné, alors qu'il existait d'autres modifications urinaires considérées comme signes révélateurs de l'insuffisance hépatique.

La neutralisation des poisons constituant l'une des grandes fonctions du foie, le jour où cette fonction vient à fléchir, les poisons ne sont plus détruits et passent dans l'urine (Schiff, Roger). L'hypertoxicité urinaire est un des bons signes de l'insuffisance hépatique, bien qu'elle puisse encore tenir à d'autres causes.

L'urobiline peut être décélée aisément dans l'urine ; on traite celle ci d'abord par l'ammoniaque et on ajoute ensuite quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc. S'il y a excès d'urobiline, il apparaît une fluorescence verte et dichroïque. D'après Hayem, l'urobilinurie traduirait une insuffisance fonctionnelle du foie; avec Gilbert et Carnot, Ducamp préfère le nom de viciation fonctionnelle. « Elle serait une preuve, non d'anhépathie, mais de parahépathie. » En effet l'insuffisance marche plutôt de pair avec la diminution qu'avec l'augmentation de volume du foie. Or, M. Ducamp a noté l'urobilinurie dans plusieurs cas d'augmentation de volume de l'organe hépatique.

C'est Gilbert et Weil qui ont fait de l'indicanurie un signe d'insuffisance hépatique; l'indol, produit de la fermentation intestinale, peut suivre la voie hépatique, y subir un phénomène d'oxydation et passer dans l'urine à l'état d'indican. C'est là un signe tout à fait secondaire et qui se rencontre dans bien d'autres maladies que les maladies hépatiques.

L'intermittence dans l'élimination du bleu de méthylène est un symptôme décrit pour la première fois par Chauffard en 1898. Si on injecte 0.05 centigr. de bleu de méthylène à un sujet sain, l'élimination par les urines s'opère d'une façon continue et cyclique; les teintes bleues croissent progressivement et décroissent de même. Il n'en est pas de même chez les hépatiques. Des intermittences se montrent dans l'élimination du bleu, le nombre de ces intermittences pouvant varier de une à cinq. M. Chauffard attribue ce phénomène à une action inhibitoire exercée sur le rein par les principes toxiques apportés du foie malade.

M. Ducamp estime que ce signe est le plus fidèle et le plus constant de l'insuffisance hépatique. Les expériences de son élève Favalelli ont corroboré celles de M. Chauffard. Toutefois il peut y avoir quelques exceptions; l'intermittence dans l'élimination du bleu peut faire défaut alors que se constatent d'autres signes d'insuffisance.

Enfin, l'insuffisance hépatique pourra se traduire par une diminution de la fonction biliaire, de l'hypocholie ou de l'acholie suivant les degrés. La caractéristique sera la décoloration des selles, il n'y aura ni ictère, ni pigments biliaires dans l'urine et le sang.

Toutes ces déviations de la fonction physiologique du foie se traduisent par des signes cliniques. M. Ducamp range parmi les plus importants : 1° *la fièvre intermittente hépatique* que Charcot considérait comme « la signature de l'angiocholite grave tendant à la suppuration » ; 2° *l'insuffisance hépato-rénale*. Irrité par les produits venant du foie malade, le rein accomplit mal sa fonction ; l'urine ne renferme d'ordinaire pas d'albumine, mais elle contient des cylindres hyalins ou granuleux ; elle perd l'hypertoxicité hépatique, montre un retard dans l'élimination du bleu de méthylène, ne laisse plus passer la glycosurie alimentaire, masque en un mot les signes révélateurs de l'insuffisance hépatique. L'intoxication hépatique s'aggrave de l'intoxication rénale. 3° *L'insuffisance réno-hépatique*. L'urée, dans les cas d'imperméabilité rénale, détermine, par son accumulation prolongée dans le foie, des lésions de cet organe (Gouget). Déjà Hanot et Gaume avaient démontré l'hypertrophie du foie chez les brightiques, le foie faisant effort pour se débarrasser des produits toxiques qui l'encombrent, et M. Legendre avait admis l'influence de l'insuffisance hépatique sur la genèse des accès de dyspnée de certains urémiques. 4° *Le diabète par anhépatie*. La glycosurie alimentaire est continue, mais peu considérable et s'exagère pendant les heures qui suivent immédiatement le repas.

Le rapport de M. Ducamp est terminé. Et la thérapeutique ? Il n'en est pas fait mention. Cette lacune fort regrettable, puisqu'en fait, toute la médecine ne doit concourir qu'à édifier la thérapeutique et la dresser comme une sorte de couronnement au-dessus de toutes les sciences médicales, cette lacune se retrouve dans le rapport très savant et très original de M. Charrin.

Au début du rapport, nous trouvons des considérations et des recherches fort curieuses et suggestives à propos de l'influence que la maladie maternelle exerce sur l'insuffisance du foie chez le nourrisson. Ce dernier vient au monde avec un foie de moindre résistance; il vivra plus ou moins longtemps, mais un jour, les troubles apparaîtront. A ce moment, il sera sage de songer à une influence remontant jusqu'aux ascendants.

M. Charrin parle d'une série de causes et de conséquences de l'insuffisance hépatique que M. Ducamp avaient passées sous silence. Ainsi l'ablation de la rate amènerait une certaine infériorité qualitative de la bile, peut-être l'hypertrophie hépatique et l'accroissement de la réserve glycogénique. Ainsi l'éclampsie puerpérale qui tient à une accumulation surabondante de poisons dans le foie, accumulation qui se produit plus ou moins dans toutes les grossesses. M. Charrin cite ses expériences à l'appui. Ainsi encore les lésions cutanées ; on connaît la part du tube digestif dans l'évolution des dermatoses ; le déficit de la glande biliaire s'accompagne de prurit, d'hémorragies cutanées, de sécheresse, de pigmentation, de xanthelasma, etc. Ainsi encore et quand la glande hépatique est totalement dégénérée, les troubles nerveux, circulatoires, respi-

Digitized by Google

ratoires, digestifs, urinaires, sécrétoires, thermiques.

Dans les désordres nerveux, à côté des convulsions ou du coma, on note parfois du délire, un délire assez calme, assez doux que M. Charrin a décrit sous le nom de folie hépatique. Chez ces malades, on peut rencontrer de l'alcoolisme, mais non toujours. Dans leurs centres nerveux, Neuki et Hahn ont trouvé des composés ammoniacaux. Antinori, Halfi, ont fait naître des lésions méningées ou cérébrales, en injectant des sels de la bile ou en liant le canal cholédoque.

Les hémorragies sont fréquentes au cours des insuffisances hépatiques et leur apparition coïncide habituellement avec le développement d'accidents toxiques. En dehors de celles qui sont attribuables aux varices œsophagiennes, on les observe de préférence dans l'abdomen, le foie, les parois intestinales, l'épaisseur de la peau.

Toutes ces notions sont fort intéressantes. L'une d'elles, d'ordre physiologique, l'hypoazoturie et sa valeur comme signe de l'insuffisance hépatique, a été développée dans un volumineux mémoire, par M. le Dr Ver Eecke. Il conclut que le pouvoir uropoiétique du foie ne devient insuffisant que dans la déchéance profonde de l'organe et ne s'éteint qu'avec sa désorganisation totale.

Les praticiens ne trouveront dans le premier volume du congrès que des renseignements d'ordre théorique. L'expérimentation y tient la haute place, la clinique n'y risque que quelques incursions timides, la thérapeutique n'y pénètre pas du tout. Espérons que la troisième question, les convulsions chez les enfants, nous ramènera des hautes sphères de la physiologie dans le domaine plus terre à terre, mais autrement important de la pratique. — K. S.

P. S. — *Autres communications.* — M. le Dr Bernheim, dans un rapport *Tuberculose et Prostitution*, demande que les pouvoirs publics, étendant leur champ d'action, surveillent chez les prostituées la tuberculose au même titre que la syphilis. Pourquoi la seconde et pas la première? La tuberculose est plus redoutable que la syphilis et c'est elle qui tue les prostituées. Un second rapport du même auteur sur *Le pronostic de la tuberculose* insiste sur la valeur des streptocoques dans les crachats. Quand ils sont nombreux et qu'ils accompagnent un chiffre faible de bacilles de Koch, le pronostic est sombre. De même l'hypoacidité urinaire qui ne se modifie pas sous l'influence d'un traitement soit médical, soit hygiène diététique est de fort mauvais augure et indique une déchéance rapide et une mort à peu près certaine.

Injection contre la leucorrhée. — (Henske).

Chlorate de potasse.....	30 grammes
Teinture d'opium.....	30 —
Eau de goudron.....	470 —

Deux cuillerées à bouche dans un litre d'eau pour injections matin et soir.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La variolisation. — M. Hervieux. La variole est un fléau, mais la variolisation en est un autre, avec cette différence que, si la variole sévit souvent sous forme d'épidémies plus ou moins graves, elle a des accalmies plus ou moins longues; parfois même, elle garde un silence absolu qui peut durer des années, tandis que partout où règne la variolisation, la variole ne désarme jamais. La raison en est bien simple : c'est que la variolisation n'étant autre chose que l'inoculation volontaire du virus variolique, cette opération s'effectuant chez presque tous les indigènes de notre empire colonial, la variole qui en résulte y règne à l'état permanent. Il y a donc lieu d'interdire cette pratique détestable de la variolisation dans les colonies françaises.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité par l'Académie.

De l'analyse médico-légale du sang à l'aide des sérums précipitants. — MM. Linossier et Lemoine. Une tache de sang étant donnée, en déterminer l'origine est un des problèmes les plus difficiles de la médecine légale. Jusque dans ces derniers temps, l'expert n'avait à sa disposition d'autre moyen que de diluer cette tache dans un liquide approprié à étudier au microscope les globules du sang, à la condition qu'ils ne fussent pas trop altérés, et à essayer de les attribuer à une espèce animale.

Il pouvait être facile d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de sang humain; mais, si le sang provenait d'un mammifère, il était presque impossible d'émettre sur son origine une conclusion précise.

L'analyse du sang par les sérums précipitants est une méthode complètement différente.

Le principe est le suivant : si, dans le péritoine d'un lapin, on injecte du sang ou du sérum d'un autre animal, au bout de quelque temps le sérum de ce lapin acquiert la propriété de précipiter le sérum de cet animal, ou d'un animal de même espèce, à l'exclusion de tous les autres sérums.

Si cette réaction était d'une exactitude absolue, il deviendrait facile d'utiliser comme réactif du sang humain, un sérum ne précipitant que le sang humain. On pourrait de même obtenir des sérums spécifiques pour le sang de bœuf, de cheval, de poulet, etc.; la détermination de l'origine du sang prendrait alors une précision et une sûreté incomparables.

Il résulte des expériences de MM. Linossier et Lemoine, que la réaction des sérums précipitants sur le sérum sanguin n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, une réaction spécifique. C'est ainsi que le sérum actif vis-à-vis du sang humain, ne précipite, en dehors du sang humain, que le sang de singe, et qu'il est notamment sans action sur les

Digitized by Google

sérums de cheval, de bœuf, de chien, de mouton, de porc, de poulet, etc... Ce que l'on a considéré avant ces recherches comme spécificité, n'était en réalité qu'une sensibilité toute particulière de la réaction vis-à-vis d'un sérum déterminé; mais cette spécificité apparente suffit à faire des sérums précipitants, des réactifs très précieux, pour la détermination de l'origine d'une tache de sang. *(25 mars).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut. — M. Simonin, du Val-de-Grâce. On sait, depuis les travaux de Vincent, que le bacille fusiforme et le spirille sont les hôtes normaux du tartre dentaire, de l'enduit lingual et du mucus pharyngé. Ces germes font partie de la flore bactérienne des premières voies, où ils vivent d'ordinaire en parasites indifférents. Mais ils sont capables d'acquérir, en vertu de symbioses favorisantes, une virulence inusitée.

Ils engendrent alors des lésions locales, sinon des troubles généraux, caractérisées par la production de fausses membranes et d'ulcérations, soit au niveau des amygdales (angine chancriforme de Vincent), soit au niveau de la muqueuse bucco pharyngée (stomatite ulcéro-membraneuse).

Il n'est point rare, dès ce moment, de voir proliférer à leurs côtés d'autres germes (le streptocoque est le plus fréquent) qui sont les agents des complications secondaires.

Inversement les angines dites banales et celles de la scarlatine et de la diphtérie, le scorbut peuvent se compliquer de lésions ulcéro-membraneuses de nature fuso-bacillaire, qui évoluent avec leurs caractères habituels : le germe initial ayant créé le milieu favorable à la végétabilité du fuso-bacille, en même temps qu'il livrait à sa virulence un épithélium déprécié, incapable de résister.

Symptômes de méningite aiguë, guérison par le traitement antisyphilitique. — M. Brissaud présente un homme de 27 ans, ayant eu des phénomènes de méningite aiguë avec lymphocytose, et guéri par les injections d'huile bi-iodurée (0 gr. 004 milligr.) poursuivies pendant 15 jours (*14 mars*).

La goutte aiguë de la gorge. — MM. Lermoyez et Gasne. Les goutteux présentent deux sortes d'angines : 1° Les angines aiguës quelconques qui les atteignent au même titre que les individus sains ; 2° Les angines aiguës goutteuses vraies. Celles-ci sont beaucoup plus rares et pourraient se reconnaître aux signes suivants : début brutal, fièvre vive avec atteinte profonde portée d'emblée à l'état général, douleur locale excessivement intense, extension des lésions qui envahissent tout le pharynx et dépassent souvent ses frontières, caractère exclusivement fluxionnaire des lésions, absence d'exsudat, intégrité des ganglions. En cas d'angoisse pharyngée vive le praticien n'hésitera pas. Il administrera du colchique. Donné en temps opportun, le remède serait suivi d'un soulagement réel et pourrait arrêter les préparatifs d'une intervention — trachéotomie — qui, jusque-là, paraissait imminente.

Paralysie spéciale antérieure aiguë ou polynévrite avec paralysie faciale. — MM. Londe et Phulpin présentent deux malades du service de M. Roques. Une jeune fille de 16 ans et un homme de 49 ans, furent atteints, suite de grippe, d'une paralysie qui porta sur les quatre membres, particulièrement les membres inférieurs, et aussi sur tout le côté gauche de la face et le moteur oculaire externe du même côté. Ils attribuent la maladie à une altération du neurone moteur périphérique MM. Brissaud, Rendu, Parmentier et Le Gendre ont déjà rapporté des observations de ce genre, qui appartiennent sans doute à des polyomyélites antérieures, dans lesquelles il y aurait en même temps participation des nerfs au processus morbide.

Atrophie congénitale complète des testicules. Absence d'infantilisme et de féminisme. — MM. Widal et Lutier ont observé un épileptique de 37 ans qui, bien que les testicules ne se fussent jamais développés, ne présentait aucun signe d'infantilisme ni de féminisme; les auteurs pensent qu'une simple parcelle glandulaire de l'organe subsistait et produisait en suffisance la secrétion interne que le testicule devait verser dans la circulation.

Hermaphrodite probablement vrai. — MM. Petit et Lagnel Lavastine. Individu âgé de 23 ans, présentant une verge de 4 centim. de long et sur le raphi médian périnéal un petit orifice de 2 millim. de diamètre, bordé à droite et à gauche par un repli simulant un rudiment de vulve. Les seins sont d'une femme, le bassin est large ; l'orifice périnéal donne issue tous les mois à un écoulement sanguin. Femme au point de vue physique, cet individu est homme par son cerveau. Il éprouve l'appétit du sexe féminin, et entre en érection lorsqu'un désir est fortement excité par une femme.

Un cas d'ascite lactescente au cours d'une cirrhose atrophique. — M. Souques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur la mort par le chloroforme. — M. Poirier estime que les accidents chloroformiques (1 mort p. 3.000) sont dus à son mode d'administration. Il demande l'emploi d'un chloroformisateur de profession. Comme l'a dit M. Huchard, les cardiaques supportent, en général, bien le chloroforme, exception faite pour les affections aiguës, les lésions orificielles non compensées et les lésions de myocarde.

Sur le traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte. — M. Reynier préconise le sérum gélatiné. Par cette méthode, il a guéri en trois mois un anévrysme artériosoveineux du sinus caverneux, consécutif à une chute sur le crâne. La ligature de la carotide avait échoué.

Appendicite herniaire avec phlegmon gangréneux du scrotum. — M. Morestin. Observation de phlegmon du

Digitized by Google

scrotum, suite de gangrène herniaire. Dans un premier temps, M. Morestin fait de larges incisions dans le scrotum ; un pus infect s'écoule avec des gaz. Le scrotum s'élimine, laissant le testicule à nu. Il se fait une fistule stercorale qu'on reconnaît plus tard être formée par l'appendice herni. Dans un second temps, M. Morestin pratique la cure radicale de la hernie L'appendice était relié à la face postérieure du sac et à la fosse iliaque par un court méso. On résèque l'appendice et le sac. Guérison.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*1er avril*). — On s'imagine que l'histologie est une science de laboratoire, science morte, sans application pratique et dont la clinique et la thérapeutique ne peuvent tirer parti. C'est une erreur et M. le Pr Renaut (de Lyon) l'a plus d'une fois démontré. La discussion qui s'est élevée à l'Académie sur la chroformisation lui fournit une nouvelle occasion d'apporter au débat la lumière de ses recherches histologiques. L'anesthésie par l'éther ne trouble pas la forme de l'épithélium rénal. Il n'en est pas de même de l'anesthésie par le chloroforme. Celle-ci détermine des altérations très nettes. Elle fait disparaître un élément de haute importance : la bordure en brosse qui longe les cellules épithéliales des tubes contournés. Aussi bien, les effets plus nocifs de l'anesthésie chloroformique apparaissent tout de suite, et même sur les animaux. Contrairement à ce qu'avait avancé M. Daremberg, ceux-ci résistent fort mal au chloroforme.

M. le Pr Poncet (de Lyon) a rendu un grand service à la science en insistant sur la fréquence de l'actinomycose. Comment, voilà une maladie souvent médicalement curable et qui échappe à l'attention de la plupart des praticiens? Où trouve-t-on l'actinomycose ? Dans les centres où l'on a appris à la chercher, dans le Rhône, dans la Seine et les départements limitrophes. La plupart des territoires du centre et de l'ouest ne la signalent pas. Néanmoins, elle doit exister là-bas au même titre que dans la région lyonnaise et parisienne. Que les praticiens observent donc avec soin leurs malades ; s'ils les trouvent atteints d'un trismus et d'un gonflement latéral d'un maxillaire, qu'ils songent à l'actinomycose possible. C'est cette localisation de la maladie qui est la plus fréquente (actinomycose cervico-faciale). Les autres formes sont plus rares (actinomycoses viscérales, thoraco-pulmonaire, intestinale, ano-rectale). Qu'ils administrent de l'iodure de potassium aux doses de 5, 6, 7 gr. par jour et leurs malades guériront souvent; en cas d'insuccès, ils se décideront à inciser et à pratiquer le curettage. Le diagnostic sera établi à la fois par l'examen microscopique (découverte du parasite) et la marche longue et sourde de la maladie. Certaines lésions attribuables à la syphilis relèvent sans doute de l'actinomycose. Aux praticiens d'y songer ; il est hors de doute qu'une fois eur attention en éveil, ils ne tarderont pas à publier des observations. Le nombre de celles-ci en France s'élève jusqu'aujourd'hui au chiffre de 146 cas. C'est grâce à M. le Pr Poncet que toute cette moisson a été faite et elle commence seulement.

M. Javal lit un mémoire sur l'exercice des sens chez les aveugles. Il signale chez eux l'existence d'un sixième sens qui semble siéger dans le front et qui, avertissant à distance les aveugles des résistances physiques qui les peuvent arrêter, pourrait être appelé sens des obstacles. K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques médicales iconographiques, par MM. P. Hanshalter, G. Etienne, L. Spillmann, agrégés à la Faculté de médecine de Nancy ; Ch. Théry, ancien interne des hôpitaux de Nancy ; 62 planches hors texte avec 398 figures en phototypie, portant sur 284 observations. Publié en 8 fascicules. (Paris, C. Naud, éditeur. *Prix de l'ouvrage complet : 60 francs.*)

Superbe publication qui fait défiler devant les yeux du lecteur, sous forme de phototypies saisissantes de réalité et clairement démonstratives, les types des maladies qui s'extériorisent par des signes objectifs. Depuis les affections nerveuses (atrophies musculaires, polynévrites, paralysies diverses) jusqu'aux maladies tuberculeuses et syphilitiques, en passant par les dermatoses, c'est devant les yeux du praticien le passage de nombreuses entités morbides dont le diagnostic, souvent délicat, est bien plus facilement posé quand le souvenir du caractère extérieur est gravé dans la rétine. Quiconque aura vu les planches de la maladie de Basedow, de l'érythème polymorphe, des chancres extra-génitaux, sera renseigné et aussi bien, que s'il avait le malade lui-même directement devant les yeux. Sans quitter son cabinet, le praticien peut ainsi se fournir une notion visuelle précise de maladies, dont il chercherait souvent en vain des types aussi nets, dans des visites multiples à travers les hôpitaux. L'observation des malades photographiés est intercalée dans le texte que des commentaires heureusement disposés viennent éclairer quand il est nécessaire.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fleissner.

PARIS. — IMP. CHARLES CLAIRE, 207, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Action nocive du chloroforme sur le rein. — Administration de l'éther anesthésique par le « mode interrompu ».

Par M. J. Renaut, *associé national*

Je profiterai de la lettre récemment écrite à l'Académie par M. Daremberg, pour dire un mot de l'anesthésie chloroformique. J'ai en effet regretté de ne pouvoir participer à la discussion commencée sur ce sujet, et dont la suite vient d'être reportée à une époque indéterminée. J'ai dû me rendre à Montpellier où avait lieu la IVe réunion de l'*Association des Anatomistes ;* et, si je puis ainsi parler, j'ai manqué de la sorte la discussion.

I. — Je ne serai pas aussi affirmatif que M. Daremberg sur la façon dont résistent à l'anesthésie chloroformique les animaux mis en expérience dans nos laboratoires. Bien qu'ils soient toujours, ou presque toujours des individus jeunes, donc à cœur résistant tout à fait comparable à celui de l'enfant, ils sont tués très rapidement par le chloroforme. Ils meurent alors habituellement de syncope, le cœur s'arrêtant en diastole. Je puis préciser ce détail, parce que, dans mon laboratoire, j'ai adopté le chloroforme comme mode de mise à mort des animaux sacrifiés pour nos besoins histologiques. L'ouverture étant immédiate dès la mort produite, il m'a été facile de faire à ce sujet ma conviction.

Mais un point sur lequel je désire surtout attirer l'attention, c'est que dans l'administration du chloroforme à dose suffisante pour produire l'anesthésie, quand bien même à force d'attention et de soins durant celle-ci, on parviendrait à éviter tout accident syncopal, il en est un très grave et d'une tout autre nature que l'on n'esquivera jamais : *C'est une lésion du rein qui dans ce cas se produira toujours*, et qui porte sur les cellules des tubes contournés à bordure en brosse.

Quand on tue un animal par le chloroforme, puis qu'ensuite on fixe des fragments du rein par les réactifs convenables pour conserver la bordure en brosse et qui la conserveraient à coup sûr, si, par exemple, l'animal avait été sacrifié par section du ulbe, on peut constater la disparition de cette ordure sur le pôle libre des cellules épithéliales des ıbes contournés. J'ai signalé ce fait dans une note e mon *Traité d'Histologie pratique*, il y a déjà lusieurs années. Le fait lui-même, constaté par ıes élèves, MM. Barjon et Regaud, n'était pas, je ·ois, absolument nouveau. En réalité, personne, armi ceux qui se sont occupés de la question de l'anesthésie par le chloroforme, ne l'a pris en considération ou n'y a même fait attention. De prime abord, il semblerait, en effet, qu'il ne s'agisse ici que d'un détail minuscule, voire d'une pure curiosité de technique histologique.

Mais il n'en est rien, et pour vous donner une idée exacte de la valeur d'une telle variation survenue dans le rein, je dirai hardiment ceci : qu'il n'est pas beaucoup moins grave pour un rein d'avoir perdu la bordure en brosse sur le pôle libre des cellules épithéliales de ses tubes contournés, qu'il ne le serait pour un œil d'avoir perdu les bâtonnets et les cônes de sa rétine. L'œil n'y verrait plus dès lors ; le rein ne sera plus, désormais, le filtre électif normal et parfait qu'il était auparavant : là seulement est la différence.

Car l'intégrité de la cellule épithéliate des tubes contournés du rein est absolument indispensable au fonctionnement intégral de l'organe entier. Il y a plus de vingt-cinq ans, Heidenhain avait attribué à cette cellule l'élimination de l'urée. Il se fondait sur l'identité du coefficient osmotique du carmin d'indigo, que cette cellule élimine avec élection et sans participation aucune du glomérule, et des solutions d'urée. Présentement, nous savons que la cellule à bordure en brosse jouit de véritables propriétés sécrétoires. Elle extrait du sang certains produits ; elle les mûrit et les transforme en grains de ségrégation, en liquides également ségrégés du plasma sanguin, et réunis au sein de son protoplasma sous forme de vacuoles. L'hématoxyline cuprique teint les uns et les autres en bleu noir quand on a fixé les fragments du rein par le bichromate acétique. On ne retrouve ni grains, ni liquides colorés électivement par le réactif, dans la lumière des tubes contournés. Il devient ainsi évident que la bordure en brosse a joué à leur égard le rôle de dialyseur et de filtre électif ultime ; conséquemment il suit que, de son intégrité, dépend la perfection intégrale de la sécrétion rénale. On consultera à ce sujet avec fruit les diverses communications faites à la Société de Biologie ou à la quatrième réunion de l'Association des Anatomistes, par mes élèves et amis, MM. Regaud et Policard. La fonction sécrétoire des tubules rénaux apparaît, d'après ces recherches, comme absolument fondamentale et ancestralement ancienne : le rein wolffien la possède tout aussi bien que le rein définitif. Il s'agit là vraiment d'une des fonctions cardinales du rein.

Cette fonction si importante, l'anesthésie chloroformique la vicie fatalement, en admettant qu'elle ne l'abolisse pas, jusqu'à ce que la réparation des cellules dont la bordure en brosse a été détruite se soit effectuée. Et si l'on a choisi le chloroforme comme

Digitized by Google

anesthésique en vue d'une opération chirurgicale, on est forcé de prévoir que le rein, même supposé préalablement sain chez le sujet qu'on va opérer, va devenir pendant un certain temps un rein malade *Le chloroforme à lui tout seul blesse d'emblée le rein.* En altérant sa cellule essentielle, son élément glandulaire, il le met en instance de rénovation nécessaire de ses éléments, — soit, en d'autres termes, de néphrite desquamative : puisque les cellules épithéliales touchées de la sorte doivent mourir, être éliminées et remplacées par d'autres de nouvelle venue.

Or, quand on veut pratiquer l'anesthésie en vue d'une opération chirurgicale, on peut, on doit même considérer cette alternative. Ou le malade est déjà infecté, son rein élimine laborieusement des toxines, des matériaux de décharge fébrile, etc. ; surmené pour le moins, sinon déjà malade, il doit être ménagé à tout prix. Ou bien le malade n'est pas infecté ; mais, devenu éminemment infectable à la suite de l'opération, il a besoin pour se défendre éventuellement d'un organe émulgent parfaitement actif et efficace. Le bon sens indique que, dans les deux cas, l'*atteinte rénale chloroformique* devrait lui être épargnée.

Pour arriver à ce résultat il suffirait de substituer systématiquement, à l'anesthésie par le chloroforme, l'anesthésie par l'éther.

II. — J'ai pu constater, depuis près de vingt-cinq ans que je suis à Lyon, l'absolue innocuité de l'anesthésie par l'éther. A ce point de vue, je suis absolument d'accord avec mon collègue et ami M. Poncet. Appelé très souvent à pratiquer cette anesthésie, notamment chez des individus dont le cœur est faible, ou arythmique, ou bien chez des malades plus ou mons suspects (diabétiques, albuminuriques), je n'ai jamais vu se produire même l'ombre d'un accident. On n'a avec l'éther à craindre que l'asphyxie, non plus la syncope. Je me range donc formellement du côté de ceux qui considèrent l'éther bien pur comme l'anesthésique de choix. En somme, il ne présente qu'un inconvénient : la tendance aux vomissements dans les quelques heures qui suivent le réveil, principalement alors qu'on ne sèvre pas le patient de boissons. Toutefois, il est possible de supprimer à peu près à coup sûr cet inconvénient, et du même coup de prolonger l'anesthésie de façon considérable : une heure, une heure et demie et davantage même. Il suffit pour cela d'administrer l'éther par ce que je proposerai d'appeler le *mode interrompu.*

Avec le dispositif ordinaire (bourse à éther, bandeau sur les yeux, etc.), on endort d'abord profondément le malade. Il ne sent plus rien ; le pincement de la peau n'amène plus ni expression mimique ou vocale de sensation, ni réflexes. Au bout d'un instant alors, on enlève la bourse et on laisse respirer librement l'air pur. Très fréquemment on pince la peau. Dès que le malade endormi bouge ou gémit quelque peu sous le pincement, on recommence l'inhalation. Ainsi de suite, aussi longtemps qu'on veut. Ce « mode interrompu » d'administration de l'éther permet, on le comprendra, de gagner au pied un espace de temps très prolongé, en n'ayant donné au malade que juste ce qu'il faut d'éther pour maintenir l'insensibilité nécessaire à conserver tant que se poursuit l'opération. En particulier une fois, avec notre regretté collègue Ollier, j'ai pu tenir ainsi pendant plus de deux heures une malade insensible sous l'éther. Une autre fois, chez un diabétique à qui M. Chandelux devait enlever un orteil, je pratiquai le mode interrompu d'administration de l'éther de telle sorte, que le malade devenu d'ailleurs parfaitement insensible ne perdit conscience à aucun moment. En une espèce d'ivresse et sans éprouver la moindre douleur, il suivit tous les détails de l'opération qu'on pratiquait sur son pied.

Il résulte de ce que je viens de dire, que l'éther, qui ne semble ni menacer le cœur, ni toucher le rein, est l'anesthésique de choix. Je ne vois d'autre part aucune raison sérieuse de lui préférer le chloroforme. En pareille matière d'ailleurs, la raison de nos préférences devrait être la sûreté absolue que l'on a de ne pas nuire. Risquer une syncope mortelle sur-le-champ, une insuffisance rénale un peu plus tard pour gagner au début d'une opération quelques minutes entre l'état de veille et l'anesthésie, telle est l'aléa avec le chloroforme ; tandis qu'on ne risque avec l'éther rien du tout. Bien que j'aie été élevé et instruit à l'Ecole de Paris, entre les deux mon choix est donc fait. J'opte pour l'éther pourvu qu'on n'approche de la table d'opération ni un thermocautère, ni une bougie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Usages de l'huile de Harlem

Par le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

L'huile de Harlem est un mélange d'huile pyrogénée des baies de laurier et de la variété brunâtre très fluide de l'huile de cade du genévrier. Ce mélange est la partie active d'une mixture secrète, très en vogue autrefois dans le traitement de la gravelle, de la goutte, du rhumatisme et de bien d'autres affections, que Nicolas de Koning Tilly, de la ville hollandaise de Harlem, vendit en 1698 sous le nom de *medicamentum gratia probatum* (médecine approuvée par la grâce).

Digitized by Google

Les livres modernes ne parlent pas ou parlent peu de *l'huile de Harlem*. Dujardin-Beaumetz en a dit un mot — rien qu'un mot — dans ses *Leçons de Clinique thérapeutique* à propos de la lithiase urinaire alcaline. Il y a six ans, M. Albert Robin, M. Dreyfus-Brisac (*Traité de thérapeutique appliquée*), relevèrent avec insistance son efficacité dans les pyélites. M. A. Chauffard l'a employée concurremment avec le salicylate et le benzoate de soude dans la lithiase biliaire.

I. — Les principes balsamiques de l'huile de cade du genévrier sont éliminés par l'urine et par la bile, et impressionnent, à la façon de la térébenthine, les catarrhes chroniques de la muqueuse des calices et des bassinets, de la vésicule biliaire et du canal cholédoque ; ils suscitent une hypersécrétion d'urine et de bile qui débarrasse ces calices et ces bassinets du muco-pus, la vésicule biliaire et le cholédoque des exsudats ramollis étalés à leur surface ; et — c'est la conséquence de l'influence diurétique rappelée plus haut — ils expulsent les matières extractives retenues dans le sang, les pigments emmagasinés dans les tissus au cours des angiocholites et des cholédicites.

M. Dreyfus-Brisac rattache les améliorations obtenues dans la lithiase rénale urique avec pyélite à une action astringente sur le catarrhe de la muqueuse urinaire « à la fois effet et cause de la lithiase » ; il préfère l'huile de Harlem à la térébenthine dans le catarrhe lithiasique des calices et des bassinets avec alcalinité des urines.

Nous commençons généralement le traitement des pyélites chroniques par le benzoate de soude ou par la térébenthine que nous suspendons après quelques semaines pour les remplacer, pendant une dizaine de jours sans interruption, par quatre *capsulines-gouttes de Harlem à* 0 gr. 20 (chacune suivie d'un verre à bordeaux d'eau de Vichy) ; et ainsi tant que cela est nécessaire. M. A. Robin associe parfois l'huile de Harlem à la térébenthine :

Strop de baume du Canada. } ãã 5 grandes cuillerées à soupe.
Eau gommée..... }
Huile de Harlem..... L gouttes.

Emulsionner en agitant vigoureusement. — 1 à 3 cuillerées à bouche, la cuiller dans une tasse d'infusion de reine des prés.

II. — J'écrivais à cette même place, il y a tantôt dix ans (1) : « Nous avons cru devoir, dans quelques circonstances, terminer la cure de l'ictère par des anti-catarrhaux qui s'éliminent en partie par la bile en exagérant sa sécrétion : capsules de térébenthine de Venise ou d'essence de térébenthine, pilules de terpine, capsules de terpinol... ; ils hâtent — pensons-nous — la reproduction de l'épithélium du cholédoque, prévenant ainsi peut-être la formation ultérieure de calculs biliaires dans la vésicule à laquelle le catarrhe du canal excréteur peut se propager ». J'ai administré, aux mêmes fins, les *capsulines d'huile de Harlem* — deux *pro die* pendant quinze jours — aux convalescents d'ictère par cholédicite : je visais à favoriser la sécrétion d'une bile abondante chassant devant elle les détritus muco-épithéliaux de la vésicule, et à restaurer son épithélium endommagé ; j'ai du moins réussi à provoquer une diurèse dépuratrice.

M. Chauffard utilise l'huile de Harlem dans le traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. Pendant dix à vingt jours, selon la gravité et le nombre des crises et la durée plus ou moins persistante des rémissions, il prescrit pendant six mois, un an et plus, le salicylate de soude et le benzoate de soude : de chaque 1 à 2 grammes par jour ; puis, une seule fois, tous les huit à dix jours, il fait prendre dans la soirée une ou deux perles d'*huile de Harlem*. Je donne le salicylate et le benzoate de soude, aux mêmes doses que M. Chauffard, pendant les quinze premiers jours du mois ; du 15 au 20, rien ; du 20 au 30, quatre capsules d'huile de Harlem par jour. Cette huile est cholagogue comme les deux sels sodiques, anti-catarrhale comme le benzoate, aseptique comme le salicylate et le benzoate, analgésique comme le salicylate, diurétique comme le salicylate et le benzoate : cholagogue, anti-catarrhale, aseptique, diurétique par l'huile de cade du genévrier ; analgésique par l'huile essentielle des baies de laurier.

(1) Liégeois. Le traitement des ictères. (*Journal des Praticiens*, 1892, p. 184).

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Comment prévenir les traumatismes oculaires ?

Par le Dr A. Trousseau
Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts

Les traumatismes du globe oculaire amènent 6 0/0 de cécités binoculaires et 20 0/0 de cécités monoculaires, chiffres qui seraient réduits dans une notable proportion, si des mesures sérieuses concernant leur prévention étaient soigneusement appliquées.

Les accidents causent la cécité complète lorsqu'ils atteignent les deux yeux, comme cela arrive souvent dans les explosions, les coups de mine, les brûlures par la chaux, ou lorsque la blessure d'un œil entraîne la perte du congénère par ophtalmie sympathique.

Il faut distinguer les traumatismes professionnels auxquels sont exposés les ouvriers, de ceux qui sont dus au hasard ou à l'imprudence, tels que les accidents de chasse, ceux qui frappent les enfants.

Digitized by Google

Traumatismes professionnels. — Beaucoup de professions exposent à ces traumatismes : les serruriers, les mécaniciens ajusteurs reçoivent souvent des paillettes de fer ou d'acier, les rémouleurs ou les ouvriers qui se servent de la meule à émeri, des éclats de meule, d'émeri, de métal; les meuniers, les tailleurs de pierre, les cantonniers des fragments de pierre ou de fer provenant de l'outil ; les mineurs sont exposés aux coups de mine, les artificiers aux explosions, les chimistes aux explosions et aux brûlures par agents chimiques, les maçons aux brûlures par la chaux, les mécaniciens de chemin de fer, les chauffeurs d'industrie aux éclats dus à la rupture des tubes à niveaux. Les campagnards ne sont pas exempts de traumatismes oculaires. On sait la gravité des blessures de la cornée dues aux épis de blé pendant la moisson, alors que les voies lacrymales infectées agissent si fâcheusement pour provoquer des suppurations locales, les désordres profonds causés par les piqûres d'épine, par les coups de cornes de vaches.

La prophylaxie varie suivant qu'il s'agit de dangers d'explosions ou de la projection de divers corps étrangers.

Dans les lieux où une explosion est possible, des règlements sévères doivent indiquer les conditions prudentes d'éclairage, interdire de fumer restreindre et ordonner les visites et manipulations de matières explosibles.

Inutile de dire que l'usage de la lampe des mineurs doit être absolument imposé et que tout ouvrier coupable d'avoir ouvert sa lampe, doit être sévèrement puni. Les tubes à niveaux des chaudières, les siphons contenant de l'acide carbonique seront entourés d'un treillis métallique, suffisamment solide pour éviter, en cas d'explosion, les projections d'éclats de verre.

Les ouvriers exposés aux traumatismes par corps étrangers ne se livreront à leurs travaux qu'avec la protection de lunettes spéciales. On en fabrique en verre épais, en fil d'archal, en treillis métalliques divers, voire même en mica. Les ouvriers sont tout à fait rebelles au port des lunettes, contre lequel ils invoquent deux arguments : leur incommodité et la dépense occasionnée pour leur achat. Il faut reconnaître que les lunettes se déforment, se rouillent, se couvrent de buée et gênent le travailleur ; les oculistes devraient fixer leur attention sur ces points et créer de bons types de lunettes de travail qui n'excusent pas la répugnance de ceux qui doivent les porter. Il est facile de faire construire des lunettes à très bon marché que l'ouvrier le plus nécessiteux puisse se procurer ; de plus les patrons ont intérêt à fournir gratuitement ces agents de protection à des sujets qu'ils peuvent être appelés à pensionner.

L'incurie est presque toujours en cause plus qu les raisons invoquées ; en effet, des sociétés charit bles ont fait des distributions gratuites de lunettes des ouvriers qui ne les ont jamais portées, ou se so empressés de les vendre. Il serait nécessaire que l patrons fussent contraints, sous peine d'amende. exiger le port des lunettes dans les usines et atelier que les compagnies d'assurances dans leurs contra refusassent les bénéfices de la convention aux ind vidus traumatisés faute de protection.

Bourgeois (de Reims) conseille de ne pas emploi dans les métiers dangereux pour les yeux des suje borgnes ou atteints de vices importants de réfractio

Dans les usines et ateliers devraient être affichés d avis clairs et concis indiquant les dangers oculair la nécessité d'une extraction rapide et bien faite d corps étrangers, les premiers soins à donner a blessés, surtout en cas de brûlures par les age chimiques, et spécialement l'indication de l'endroi hôpital ou clinique, où l'ouvrier pourra se ren pour recevoir des soins médicaux éclairés. Les in ressés doivent aussi être avertis du danger de l'oph mie sympathique et de la nécessité d'une surveilla oculaire après toute blessure d'un œil.

Traumatismes dus au hasard ou a l'imprudence. — Ceux du premier type sont faciles à im- giner et échappent presque toujours à la prévention; pourtant, avec quelque présence d'esprit, on peut éviter quelques-uns ; l'idée de baisser les glaces d'u voiture au moment où un choc la menace, a sau quelques yeux.

Les accidents de chasse, ceux qui surviennent da les fêtes publiques, ceux qui atteignent les enfants maintes circonstances caractérisent ceux du secon type.

L'accident de chasse devient de plus en plus fr quent depuis que se généralisent la pratique de sport et l'emploi d'armes perfectionnées à long portée, tirant des poudres pyroxilées et du plo durci, si favorable aux ricochets.

Les propriétaires de chasses ne sauraient trop r commander la prudence à leurs invités, réprimand ceux qui dirigent le canon de leurs fusils vers la voisins ou suivent le gibier avant de presser la g chette. Ils doivent exiger que les tireurs enlèvent l cartouches entre les battues et pendant les marc stériles. Un chasseur imprudent doit supporter. s se plaindre, les plus dures leçons. Que dire d tireur qui, près des rabatteurs, tire un faisan ha un lapin ? Dans une chasse bien organisée, un co de corne spécial devrait avertir les chasseurs de proximité des rabatteurs si souvent victimes, et x dire le tir dans la zone dangereuse.

Digitized by Google

On a proposé plusieurs modèles de lunettes pro ectrices pour les chasseurs. Elles sont lourdes et ıncombrantes et toutes celles que j'ai étudiées sont ncapables de résister au choc d'un plomb animé l'une certaine vitesse.

Les ricochets sont aussi dangereux que les coups ın plein : aussi, même quand on tire devant ou der ière soi, en dehors de la ligne, doit on se méfier de a terre gelée, d'un tas de pierres, de certaines sou hes et même de certains arbres, tels que les chênes, ui renverraient le plomb si aisément sur un voisin.

Les lendemains de fêtes publiques, spécialement près le 14 Juillet, la Clinique des Quinze-Vingts eçoit la visite de nombreux individus blessés par es explosions de pétards, de pièces d'artifices. Ne eut-on pas appliquer sévèrement les règlements et rohiber la vente des agents dangereux ? Que dire es confetti qu'on continue à autoriser et qui, à mon ı, ont causé la perte de trois yeux, deux par abcès e la cornée (érosion, dacryocystite) un par ophtalmie urulente.

Les traumatismes oculaires sont très fréquents chez ıs enfants et diminueraient si la vente de certains ıuets était interdite, tels que flèches, sarbacanes, ondes, pétards, fusils à capsules, etc. Certains jeux ɔvraient être réprimés dans les collèges où les balles ıncées violemment, les coups de poing directs amè ent de graves accidents. A la maison, l'enfant doit tre surveillé et n'avoir à sa disposition ni couteaux i ciseaux pointus, ni aiguilles à coudre ou à tricoter, i souvent coupables de la perte d'un œil due aussi ans nombre de cas à des perforations par les plumes écrire.

Soins médicaux. — Leur importance est extrême en ıs de traumatisme et tous les médecins, spécialement s médecins d'usines et d'ateliers, devraient être à ême de les donner, tout au moins être en état enlever, sans dégâts, les corps étrangers de la cor ie. C'est aux médecins aussi à aviser les malades rteurs de vieilles affections lacrymales, de dacryo stites des dangers de suppuration de l'œil auxquels seraient exposés, en conservant ces maladies, au ɔindre traumatisme oculaire. C'est à eux d'avertir blessés de la possibilité de l'ophtalmie sympathi e, du rôle préventif de l'énucléation qui en empêche souvent l'éclosion. C'est à eux surtout de bien gner leur blessé, de faire, dès après l'accident, une oureuse antisepsie, d'être très sobres d'opérations des yeux traumatisés, s'ils veulent éviter cette rible éventualité, à laquelle échappent presque ıjours les patients qui ont reçu des soins hâtifs et elligents.

Formulaire du Praticien

Le goître exophtalmique

Le goître exophtalmique, maladie de Graves, de Basedow, caractérisé dans ses formes franches, qui ne sont pas très rares, par la triade symptômatique goître, exophtalmie, palpitations, a été combattu par les médications les plus diverses. Le praticien se perd dans ce dédale de procédés thérapeutiques. Nous n'en retiendrons que trois : l'un interne, les deux autres externes.

Le remède interne est la quinine. M. Huchard prescrit le bromhydrate de quinine (1 gr. 50 en 3 fois pendant 8 jours, 1 gramme en 2 fois pendant 8 autres jours, 50 centigr. pendant les 8 suivants et ainsi de suite pendant 2 à 4 mois, en laissant reposer les malades toutes les 3 semaines pendant 8 jours). Quatre fois sur six, grâce à cette méthode, M. Huchard a grandement amélioré ses malades (1). Le goître exophtalmique étant une maladie par vaso-dilatation active primitive ou réflexe des vaisseaux du cou (P. Reynier et Paulesco), rien d'étonnant à ce résultat avantageux. La quinine exerce une action vaso-constrictive sur les vaisseaux de la tête et du cou, elle est physiologiquement indiquée en pareil cas. J'ai essayé de diminuer les doses prescrites par M. Huchard ; j'ai donné à trois malades des pilules de 10 centigr. de bromhydrate de quinine et 5 centigr d'ergotine, une avant dîner et souper ; à continuer pendant 15 jours. Interrompre 8 jours et reprendre 15 jours. La médication a semblé réussir ; toutefois, comme elle n'était pas exclusivement composée de ces remèdes, et que les malades étaient électrisés en même temps, il est difficile de se prononcer.

Entre les deux moyens externes qui sont à la disposition du praticien, l'électricité et l'hydrothérapie, le premier se montre en effet comme le plus rapidement efficace. Et cela, on ne saurait trop le répéter. Le praticien a tort de s'imaginer que la technique électro-thérapique est compliquée et qu'il ne saurait en venir à bout. C'est très simple. Une pile à courants faradiques lui permettra déjà d'obtenir des améliorations rapides. Maintes fois, il m'est arrivé de laisser les malades s'électriser chez eux : une des électrodes est placée à la nuque, l'autre promenée sur le goître. Durée de la séance, 10 minutes. Les malades venant chez moi, je leur applique en même temps un courant galvanique ; même disposition de l'électrode postérieure, celle-là fixée à la nuque. L'autre est promenée depuis l'angle du maxillaire jusqu'à la base

(1) *Journal des Praticiens*. Quinine et vaso-constriction ; applications thérapeutiques, par H. Huchard, 1900, p. 804.

Digitized by Google

du cou, en restant appliquée au niveau du goître la majeure partie du temps. Durée 7 à 8 minutes. Force du courant 5 à 10 milliampères. Le sens du courant m'a semblé importer assez peu. Ce qui est surtout essentiel, c'est la répétition des séances. Dès les premières, le goître diminue de volume et les malades se sentent mieux. Au bout de 8 à 10 mois, ils sont habituellement guéris. En cas de rechute ils reviennent immédiatement au traitement. Le pronostic grave accusé par les classiques, me semble frappé d'exagération ; il est surtout vrai pour les basedowiens non soumis au traitement électrique.

Quant à l'hydrothérapie, l'enveloppemeut dans le drap mouillé pourra être prescrit dans les milieux les plus dépourvus. Tous les matins et tous les soirs, enveloppement dans un drap mouillé ; durée 20 à 30 secondes, on tapote légèrement sur le drap, de façon à atteindre rapidement les différentes parties du corps et des membres; on essuie, on recouche le malade une demi-heure le matin et il reste couché le soir. La douche froide à jet brisé est d'application plus malaisée à la campagne, où les appareils d'hydrothérapie manquent. Aussi bien le praticien n'y pourrait guère avoir recours. Les basedowiens sont sujets à des suffocations pénibles sous la douche; il est plus prudent de les confier à un hydropathe de profession. La douche tiède offre moins d'inconvients, elle est bien supportée, mais ses effets aussi sont moins actifs.

En résumé, une triple médication : la quinine à l'intérieur; la faradisation et, si possible, la galvanisation du goître ; en dernier lieu, l'enveloppement dans le drap mouillé. Grâce à cette méthode dépouillée de tout ce que les spécialistes y ajoutent de détails de technique et de complications, le praticien a chance d'améliorer tout de suite et de guérir avec le temps, le plus grand nombre de ses basedowiens. — S. R.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Les jeunes Confrères et les Syndicats médicaux

En lisant l'autre jour un excellent rapport de M. le Dr Billon (de Dôle), sur l'utilité non discutable des Syndicats médicaux, un détail m'a frappé : le peu de zèle que montrent les jeunes confrères à entrer dans les Syndicats. D'où vient cette répugnance de leur part? Tout à l'ardeur du début, grisés par la fougue juvénile, estiment-ils qu'ils viendront à bout de tous les obstacles et que leur force seule suffira? Les avantages des Syndicats, les voient-ils mal? pensent-ils qu'ils n'en sauraient tirer parti et que ce groupement des confrères plus lent, forcément, comme tout groupement à formuler un avis et à décider une mesure, n'apportera à la solution des questions en litige, qu'une initiative traînante et partant peu efficace ? Si ce sont là les motifs, ils témoignent à la fois d'une illusion de jeune homme et d'une mauvaise entente des résultats acquis.

Les Syndicats médicaux rendent des services journaliers: sans doute ces services sont d'ordre modeste. Ils n'ont rien d'empanaché et qui fasse parade. On ne travaille pas pour la galerie, on travaille pour soi. Les exigences des Sociétés de Secours mutuels, les tarifs de Compagnies d'assurances, les services d'Assistance médicale, comment y répondre, comment les relever et les organiser d'une façon équitable, si les réclamations des confrères ne sont pas émises d'après un plan concerté qui fasse impression par le nombre des adhérents ? Nous dira-t-on que des protestations de cet ordre ne sont pas compatibles avec la dignité médicale? Voilà de bien grands mots. A savoir s'ils nourrissent leur homme. La dignité d'une profession n'a jamais consisté à se laisser mourir de faim. Que les intéressés, ceux qui combinent ces règlements de spoliation à l'adresse du corps médical, que ceux-là lèvent les bras au Ciel et crient au scandale; on les laisse s'exclamer à leur aise. Quand ils auront fini, ils s'exécuteront et accepteront le tarif proposé par ce Syndicat. Le dévouement, le désintéressement du corps médical n'ont rien à faire dans l'espèce. Les malheureux peuvent frapper à notre porte, on est toujours prêt à leur porter secours. Les Sociétés de Secours mutuels, les Compagnies d'assurances, les services départementaux, c'est autre chose. Ce sont là pour les premières, des associations prospères, riches, et plus elles sont prospères et plus elles sont riches, plus aussi s'éveillent en elles le besoin grossissant de l'épargne et le goût du lucre. Et aux dépens de qui, s'il vous plaît, ces sentiments d'un idéal plutôt médiocre? Aux dépens du pauvre diable de médecin qui, obligé de vivre, accepte ce qu'on lui donne. Le désintéressement, le dévouement, on le paie avec cette monnaie. C'est avec de pareils vocables que nos braves confrères doivent faire bouillir leur marmite. Le rôle des Syndicats a été de s'élever contre cette façon d'acquitter ses dettes. L'éloquence et les grandes phrases, ça peut toujours servir, mais le médecin en a assez goûté; les honoraires oratoires lui sont une cuisine dont il ne veut plus.

Qu'il y ait maintenant dans la jeunesse une note d'optimisme et de confiance en soi, qui ferme les yeux sur les difficultés et les laideurs de la vie, et aussi détourne du besoin d'implorer l'assistance d'autrui, cela est vrai et heureusement. Il serait par trop triste que l'aube de la vie ne fût pas fleurie d'illusions Seulement, les années passent et le ciel se couvre; les désenchantements ne tardent pas à obscurcir la voie. C'est alors qu'on regarde autour de soi et que la main qui se tend est acceptée avec effusion. La charge de la vie devient plus lourde : il semble que d'être portée par plusieurs, elle se trouve allégée d'autant. L'Association des Médecins de France, les Syndicats médicaux, sont le refuge où le confrère entre alors tout natu-

Digitized by Google

rellement. Il y trouve une cordialité franche, le désir commun de bien faire ; il apprend à estimer ses confrères et voit avec étonnement tomber ses préventions. Ceux dont on lui avait parlé avec le plus de sévérité se montrent souvent les meilleurs. Que ne les eût il connus plus tôt !

En vérité, il eût mieux fait de ne pas attendre. Les avantages de l'Association, dans maintes circonstances, il eût pu en profiter dès son début. Je sais bien, sans doute, que certains confrères très proches, lui ont peut-être battu froid lors de son installation, et que ces confrères appartenaient au Syndicat ou à l'Association. L'accueil peu empressé qu'il recevait de leur part l'a arrêté dans les sentiments sympathiques qu'il était prêt à nourrir à leur égard. Il s'est isolé, croyant avoir à se plaindre. Ce que faisant, il a eu tort. En entrant parmi eux, il eût dissipé les malentendus, se serait expliqué sur les froissements inévitables de clientèle et l'accord n'eût pas tardé à se faire. N'hésitez donc pas, jeunes confrères, et inscrivez-vous au Syndicat de votre département. Les raisons de votre abstention que je crois simplement dues aux illusions de la jeunesse, et bien rarement parfois à des procédés confraternels que vous n'avez pas estimés assez hospitaliers à l'endroit du nouveau venu, ces raisons, très naturelles après tout et qui ne témoignent que de la vivacité de votre sang, ne se coloreront au moins plus aux yeux de vos aînés d'explications peu à votre louange, et que je me plais à croire injustifiées. Le mot d'arriviste, c'est-à-dire, de jeune confrère dédaigneux de nos traditions d'honneur et de dignité, je suis certain qu'il n'aura jamais à vous être appliqué. — Z.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Moyen de masquer l'odeur de la créosote, par M. Legendre. — Le café, qu'on a déjà conseillé pour masquer l'odeur désagréable de certains médicaments, trouve encore son application dans les préparations à base de créosote.

J'ai opéré sur une solution de chlorhydrophosphate de chaux créosotée à 6 pour 1.000; en faisant macérer, pendant quatre à cinq jours, 100 gr. de café torréfié et moulu dans 1 litre de cette solution, on obtient un liquide qui, filtré et édulcoré avec 200 gr. de sirop de tolu, donne une préparation facile à prendre.

Une cuillerée à soupe de cette solution renferme 7 centigr. 5 de créosote. (*Repert. Pharmacie*, mars.)

Nouveau procédé de vaccination.- Abandonnant chez l'enfant la vaccination du bras, Jeanneret (de Genève a proposé de choisir pour vacciner, la plante du pied, et cela pour des raisons d'esthétique, cette région étant de toutes les régions vaccinables celle où il est le plus aisé de dissimuler les cicatrices de la vaccine.

Abstraction faite de la question d'esthétique, le pied offre l'avantage immense d'être aisé à manier en habillant l'enfant ; d'être rarement mouillé par les urines ; d'être facile à recouvrir d'un pansement que l'on fixe par un bas, un chausson ; aucune manche, aucune bride ne vient y exercer, comme au bras, des pressions fâcheuses, douloureuses, déchirer les pustules, etc.

Il est vrai, d'autre part, que la plante du pied ne présente chez les tout jeunes enfants qu'une surface insuffisante pour espacer convenablement les incisions d'inoculation, chose importante quand on vaccine avec du vaccin animal. Un autre désavantage réside dans le fait que plus tard, quand la peau de la plante du pied s'épaissit par la marche, les cicatrices peuvent être difficiles à distinguer. Enfin, on ne peut utiliser cette région chez les sujets qui marchent déjà.

Pour obvier à ces inconvénients, je pratique chez les enfants la vaccination sur la face dorsale du pied et la partie inférieure de la jambe, région qui a les avantages de la face plantaire du pied sans en avoir les défauts. Je fais deux inoculations immédiatement au-dessus de la racine des orteils, aussi loin que possible l'une de l'autre, près du bord externe et du bord interne du pied, et la troisième au cou-de-pied, entre les deux malléoles, au-dessus de l'interligne articulaire.

Facilité d'accès et de pansement ; grande sécurité contre les chocs et contre les pressions des vêtements ; à la rigueur possibilité de marcher ; enfin visibilité assurée des cicatrices pourtant faciles à dissimuler, tels sont les avantages de ce procédé. — Dr de la Harpe, privat-docent à l'Université de Lausanne.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Les hémorrhagies intestinales chez le nouveau-né. — Ces hémorrhagies sont rares (1 fois sur 700) d'après Ribemont. Elles se produisent le plus souvent à la fin du deuxième jour. Du sang pur, rouge brun, dégageant une odeur fade, coule par l'anus. Un peu de glace sur le ventre, l'enfant étant entouré de bouillottes chaudes, la prescription d'une potion d'ergotine (0.02) et de sirop de ratanhia (20 c.gr.) viennent d'ordinaire à bout de cet accident dont M. le Dr Goudard vient de publier une observation intéressante (*Bulletin de la Société de Médecine de Pau*, janvier 1902). L'étiologie et la pathogénie de cet accident sont très controversées. Les uns accusent la gêne respiratoire qui amènerait une stagnation du côté des voies digestives, ou une congestion du côté de la veine porte ; d'autres s'en prennent à la ligature prématurée ou tardive du cordon, à un traumatisme pendant le travail (Rilliet et Barthez) à la rétention ou la difficulté d'expulsion du méconium. La syphilis semble parfois pouvoir être incriminée, et les diverses infections susceptibles d'atteindre le nouveau-né.

Influence de l'alcool et du tabac sur le travail — Les expériences des physiologistes indiquent que l'alcool et le tabac dépriment l'énergie ; cette action dépressive et pénible ne fait toutefois suite qu'à une action exaltante et agréable. Dans des recherches fort bien conduites, M. Féré (*Arch. neurologie*, 1901, nos 71 et 72) corrobore d'une façon absolument démonstrative la vérité de ces notions.

Le goût de l'alcool s'explique par une excitation passagère, et cette excitation est plus marquée dans la fatigue. Car la fatigue donne déjà lieu à une hyperexcitabilité du système nerveux, laquelle s'accroît ensuite du fait de l'apport de l'alcool. Même observation pour le tabac. L'excitation que son usage entraîne dure moins longtemps que celle de l'alcool ; mais, comme pour l'alcool, elle est plus marquée dans la période de fatigue.

Les travailleurs de cabinet comprennent maintenant. Une cigarette les remonte quand ils sont las ; mais l'action excitante de la cigarette s'épuisant vite, ils en fument une seconde, puis une troisième et ainsi de suite, abus qui les mène à l'affaiblissement nerveux et à l'intoxication.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

NEUROLOGIE

La maladie des tics. — C'est une question très complexe que celle des chorées, des tics et des myoclonies, et qui offre plus qu'un intérêt nosologique. A la connaître, le praticien se munit d'éléments pronostiques de haute importance ; il apprend à démêler des symptômes en apparence identiques, et à prévoir les issues différentes. Certains tics guérissent, d'autres pas. Comment établir les signes distinctifs qui les séparent ?

Avant d'entrer dans le débat, il est bon de déblayer le terrain. M. Ballet, dans une leçon clinique, commence par écarter le tic douloureux de la face et le tic non douloureux. Ces deux maladies ne sont pas des tics, mais des spasmes. Elles occupent le siège du trijumeau et du facial, et reconnaissent pour cause une irritation périphérique du nerf. Souvent, en même temps que le tic de la face, ou plutôt spasme facial, il existe une parésie permanente du facial plus ou moins accusée. Tout cela ne se produit pas dans la maladie des tics qui offre le caractère de l'intermittence, ne laissant dans l'intervalle des crises, aucun caractère qui rappelle leur existence, et de plus, disparaissant pendant le sommeil. Les spasmes, eux, peuvent persister. En outre, la maladie des tics n'est pas, comme le tic facial douloureux ou non douloureux, une affection périphérique du nerf ; c'est une maladie mentale liée à des particularités psychiques.

Le tic douloureux de la face et le tic non douloureux ne sont pas seuls à être élagués ; il convient aussi de distraire de la maladie des tics certains mouvements ou gestes fréquemment répétés et ne traduisant, eux, que le passage à l'état d'habitude d'un geste familier. Tel celui de se gratter la tempe quand on est embarrassé, de se mordre la lèvre inférieure en écrivant ; ces tics ne sont que des habitudes. Une fois le pli d'un geste pris, il se répète. Mais il suffit d'un effort de volonté et d'une attention quelque peu soutenue pour s'en débarrasser.

La maladie des tics vraie est toute différente. Charcot, le premier, l'a tirée du groupe des chorées où elle était perdue, et Guinon et Gilles de la Tourette l'ont étudiée avec soin.

Elle commence à l'âge de 10, 12, 14 ans, débute par une secousse musculaire, et la reproduction d'un geste qui va s'amplifiant (élévation de l'épaule par secousses brusques, grimaces faciales, etc.). Bientôt survient le besoin de répéter certaines syllabes, puis certains mots, ces derniers offrant le caractère d'être injurieux ou orduriers. Les jurons monosyllabiques et brefs sont familiers aux lèvres des tiqueurs. M. Ballet propose une double explication à cette pente des tiqueurs, à émettre des jurons énergiques et courts. Chez l'homme normal, une surprise ou déception désagréable et brusque, tend souvent à se manifester par l'image, au moins mentale, d'une interjection courte : Zut, et autres du même genre. Le tiqueur pousse à l'extrême ce mode d'expression réflexe. Ce qui se produit à un degré variable chez un homme normal à l'occasion d'une émotion, se montre chez lui, exaspéré à tout propos et hors de saison. En outre, et c'est là la deuxième explication offerte par M. Ballet, il est des obsédés par contraste. Un homme, par exemple, à éducation religieuse, animé de sentiments sincères et pieux, ne pourra se représenter la Vierge sans que l'image de sa figure idéale et chaste, ne réveille en lui des pensées toutes contraires ; ce ne sont plus des phrases d'adoration qui viendront à sa bouche, mais des termes méprisants et grossiers. Commençant son invocation : « Je vous salue, Marie, pleine de », à ce moment, au lieu du mot *grâce* attendu, c'est un vocable d'un tout autre ordre qui apparaît, et dont l'émission et l'acception injurieuse mettent au désespoir celui qui le prononce. Un grand nombre de tiqueurs sont des obsédés par contraste. S'ils arrivent parfois à modérer quelque peu le jet de leur éloquence monosyllabique, ce n'est jamais pour longtemps. Bientôt après, l'écluse se rouvre et la poussée des injures se précipite en bouillonnant.

A ce moment les tiqueurs sont coprolaliques, plus tard leur automatisme grandit encore ; après avoir commencé à répéter les mots qui jaillissent spontanément de leurs lèvres, ils répètent les mots qu'on prononce devant eux, puis les mouvements qu'ils voient exécuter (écholalie, échokinésie), en sorte que toute leur individualité a disparu.

La maladie des tics peut rester bénigne, et se traduire par les secousses légères d'un groupe musculaire. Les tics de la face ne sont pas rares, et nombre de gens intelligents en présentent sans en être incommodés autrement.

Même quand la maladie est plus accentuée, et amène des secousses gênantes dans les membres, et s'accompagne de coprolalie, un amendement des symptômes est possible. Sous le nom de chorée variable des dégénérés, Brissaud a décrit un véritable tic, dont le caractère est simplement d'avoir pouvoir de rétrocession.

Mais en général, la guérison ne survient pas com-

Digitized by Google

plètement. Quand celle-ci s'opère, on a affaire non plus à une maladie des tics simple, mais à un tic hystérique. Le diagnostic entre les deux affections peut être très malaisé.

M. Ballet présente un homme de 48 ans, forain de son métier ; sa maladie a commencé il y a 9 ans, c'est-à-dire à 39 ans. C'est bien tard. La maladie des tics est une maladie de l'enfance. En outre l'affection dont souffre cet homme a fait suite à une émotion vive et à une série d'ennuis. Une faiblesse considérable du membre inférieur droit a suivi presque aussitôt et aussi une perte complète de la parole. Bien qu'aujourd'hui on ne retrouve pas de zones anesthésiques, on peut, sans crainte d'erreur, poser le diagnostic d'hystérie avec mutisme et parésie du membre inférieur droit. Ce tic est un tic hystérique. Il guérira tout à fait. Déjà, aujourd'hui, il est fortement réduit. Mais les crises qui persistent ne diffèrent en rien de celles des tics vrais.

Elles consistent en secousses inopinées et brusques avec flexion des membres inférieurs et du tronc; par moment un cri les accompagne. Le malade se contracte brusquement sur sa chaise ; il ne peut se lever et tomberait si on ne le maintenait.

M. Ballet fait le diagnostic de ces secousses inopinées et brusques avec celles plus continues, moins vives du tremblement alcoolique, ou encore celles de la sclérose en plaques qui ne sont pas intermittentes à l'état de repos comme celles du tic, mais surviennent à l'occasion d'un mouvement. Avec la chorée, la distinction est plus difficile à établir. On se souviendra toutefois que dans la chorée les mouvements sont continus, offrent quelque chose d'arythmique, d'illogique, d'arrondi, tandis que les contractions du tiqueur simulent un véritable geste, geste inutile, geste automatique, brusque et réflexe, survenant à contre-temps, mais geste reproduisant un de ceux qui ont cours dans un but déterminé (élévation de l'épaule, fermeture des paupières, flexion des jambes). Une autre particularité aux contractions du choréique, c'est que celles-ci ne sont pas soumises au contrôle de la volonté, tandis que le tiqueur a pouvoir sinon d'empêcher, au moins de retarder le retour des siennes. M. Ballet donne de la maladie des tics la définition suivante : un mouvement involontaire, susceptible d'être dominé par la volonté, reproduisant un geste réflexe et automatique de la vie ordinaire d'une façon intermittente et qui est d'origine psychique. La cause de la maladie des tics réside dans un trait particulier de l'état mental du sujet. Cet état mental est celui des déséquilibrés, de l'infantilisme psychique. Il consiste dans une grande difficulté de fixer l'attention et la volonté. Les impressions du dehors ne sont pas reçues, après enregistrement préalable de la réflexion. Elles produisent des impulsions, des obsessions immédiates, non raisonnées. Certaines de ces obsessions aboutissent à des réactions psychiques, craintes, phobies de toute sorte; d'autres se manifestent par une décharge motrice (maladie des tics). Il est à remarquer que la plupart des enfants ont des tics ; ils relèvent le nez, ferment les paupières et sont en butte aux semonces continues des parents qui leur reprochent leur mauvaise habitude. Les parents ont raison. Il s'agit de ne pas laisser transformer en tics une habitude que favorise l'état cérébral de l'enfant toujours prêt à réagir par une impulsion motrice aux réactions du dehors et à répéter cette impulsion, une fois qu'elle a été exécutée.

L'état mental des hystériques est celui des enfants; voilà pourquoi l'habitude des tics prend si aisément possession d'eux.

Le traitement sera à la fois musculaire et cérébral. Déjà Trousseau avait proposé de traiter les tiqueurs moyennant les règles d'une gymnastique heureusement appliquée. Il faut, par des exercices de patience, réapprendre à un tiqueur à demeurer immobile et en plus on exercera par des mouvements appropriés les muscles antagonistes de ceux qui sont le siège des secousses. La suggestion tendra à obtenir le redressement mental du sujet. C'est là toujours une manœuvre longue et difficile.

Une forme de tics a été parfois très favorablement modifiée par cette méthode. Le torticolis mental qui n'est autre que l'ancien spasme fonctionnel du spinal et qui, au contraire des tics de la face qui doivent être incorporés dans le groupe des spasmes, doit passer du groupe des spasmes dans celui des tics, se trouve très bien de la gymnastique méthodique qu'on lui oppose

OTOLOGIE

Des paramastoïdites. — Que l'on se rassure, il ne s'agit pas de maladies nouvelles ! Le préfixe grec *para* exprimant l'idée de ressemblance, de comparaison, de rapprochement, le terme paramastoïdite désigne simplement les affections qui présentent les apparences plus ou moins vagues d'une mastoïdite et peuvent ainsi faire croire à l'existence de cette dernière complication. Le terme est évidemment très vague, très élastique, puisqu'il permet d'englober les cas les plus disparates, mais aussi il a cet immense avantage d'exprimer en un mot ce qui exigerait une longue périphrase, l'expression « fausses mastoïdites » ayant une acception trop restreinte.

Le diagnostic de la mastoïdite est loin d'être toujours facile, car il est fréquent de ne pas trouver au complet le tableau classique des symptômes.

Digitized by Google

L'erreur, comme pour toute autre maladie, peut avoir lieu par excès ou par défaut ; elle est par excès quand on diagnostique une mastoïdite qui n'existe pas, et elle est par défaut quand on méconnaît cette complication de l'otite suppurée. Même pour des praticiens habitués aux explorations de l'oreille, il est des cas d'une extrême difficulté qui ne peuvent être élucidés que par des examens répétés et minutieux ; à plus forte raison, doit-il en être de même pour les médecins qui ne sont pas très exercés en otologie.

A côté de ces erreurs que l'on pourrait appeler inévitables, il en est d'autres qu'un examen complet permet d'éviter.

Je n'ai point l'intention de passer en revue tous les cas qui peuvent simuler une mastoïdite, mais seulement d'exposer quelques observations qui présentent un intérêt clinique.

Il y a quelque temps, un de mes distingués confrères et ami m'avisait par dépêche de me préparer à opérer le lendemain matin un de ses clients qu'il croyait atteint d'une mastoïdite. Avant de prendre une détermination, je voulus voir le malade et constater moi-même la nécessité de l'intervention.

Il s'agissait d'un homme de 30 ans, souffrant de l'oreille gauche depuis huit jours, mais dont les douleurs étaient devenues intolérables, nuit et jour, depuis quatre ou cinq jours. La région mastoïdienne gauche était œdématiée, rouge, douloureuse à la pression, le pavillon était redressé à angle droit sur le crâne, le conduit auditif fermé par le gonflement des parois.

Le malade était très fatigué, autant par la privation du sommeil que par une alimentation insuffisante depuis plusieurs jours.

Dans la nuit précédente, c'est-à-dire quelques heures avant l'examen, il s'était écoulé du pus par l'oreille, ce qui avait produit une légère détente.

On voit que le tableau de la mastoïdite était, en apparence, presque au complet et que cette complication pouvait être diagnostiquée de prime abord, si on s'en était tenu à ces constatations.

Cependant, l'étude des antécédents et l'examen local permirent de rejeter ce diagnostic. Quinze ans avant, ce malade avait eu un écoulement de quelques jours de durée, par cette oreille, mais depuis il était resté parfaitement guéri. Bien que ce renseignement soit insuffisant pour éliminer la mastoïdite, puisqu'il a été cité quelques cas de mastoïdites sans otite suppurée, il n'en a pas moins une grande valeur, en général, mais à la condition que le fait soit contrôlé. Il peut paraître étrange, en effet, qu'un malade ignore si son oreille suppure ou non, et cependant nous avons rencontré d'assez nombreux exemples de malades niant toute suppuration de l'oreille, alors que le fond du conduit et la caisse étaient remplis de pus.

Malgré la fermeture du conduit auditif par la tuméfaction, un speculum put être introduit assez profondément, les parties molles se laissant refouler; sur la paroi postéro-inférieure du canal, à environ 2 centimètres de profondeur, existait une saillie rougeâtre, conoïde qui devait être l'orifice par lequel s'était faite l'évacuation de pus, la nuit précédente. La pression de la région mastoïdienne ne faisait point sourdre de pus par cette saillie acuminée.

Après nettoyage du conduit, je pus pratiquer l'insufflation de Politzer, qui provoqua un claquement sec, très net, de la membrane du tympan. Cette exploration permettait de constater qu'il n'y avait pas d'otite moyenne, même pas de sécrétion dans la caisse; il n'y avait pas davantage de perforation ancienne ou récente du tympan.

L'existence de cette saillie conoïde, d'un rouge vif, située à peu près à l'union des portions osseuse et cartilagineuse du conduit, l'absence de perforation du tympan permettaient presque de rejeter le diagnostic de mastoïdite. D'autres faits venaient encore à l'appui de cette manière de voir; le début récent et brusque de la maladie, huit jours avant, la douleur provoquée par la mastication, l'habitude qu'avait le malade de se gratter les oreilles avec les objets qui lui tombaient sous la main, etc.

Tout cet ensemble de renseignements et de symptômes cadraient exactement avec l'existence d'un abcès profond du conduit auditif ; c'était, en effet, l'affection que présentait ce malade.

Ce sont, précisément, les abcès profonds du conduit auditif qui s'accompagnent souvent d'un œdème collatéral considérable et qui peuvent en imposer, à première vue, pour une complication mastoïdienne.

La marche de la maladie ne fit que confirmer notre diagnostic; nous avons appliqué notre mode de traitement par le tubage et prescrit des injections avec une solution de sublimé; une semaine après, la guérison était complète.

Les abcès du conduit auditif, siégeant sur la paroi postérieure, peuvent s'extérioriser et former une collection purulente sur la face externe de l'apophyse mastoïde; cette évolution, que nous avons signalée dans notre *Manuel de traitement des maladies de l'oreille*, n'est pas rare après l'emploi du tubage ; loin d'aggraver le pronostic, elle ne rend que plus facile l'ouverture de la collection purulente.

Parmi les cas anormaux que nous avons observés, il faut citer l'empâtement des régions parotidienne et mastoïdienne symptomatique d'un abcès de la paroi inférieure du conduit.

Il est une autre maladie que l'on ne s'attendrait

Digitized by Google

guère à pouvoir être confondue avec la mastoïdite, et cependant le fait existe : ce sont les oreillons quand ils sont unilatéraux. Un malade, à qui j'avais fait en 1898, à l'hôpital, une trépanation de l'apophyse mastoïde, est pris brusquement, en janvier 1901, de fièvre, malaise, courbature et gonflement au pourtour de l'oreille opérée deux ans et demi avant. Il revient à l'hôpital pour me consulter, mais comme je n'y allais plus, il est examiné par un confrère, qui, en présence d'une tuméfaction avoisinant une oreille déjà trépanée, annonce au patient qu'une nouvelle opération est nécessaire et dans le plus bref délai. Fort effrayé du résultat de cette consultation, le malade veut avoir mon avis et vient me trouver.

Même sans examen local, il était facile de porter le diagnostic d'oreillons unilatéraux ; le gonflement ne siégeait pas au niveau de la mastoïde, mais bien dans la région parotidienne et sur la partie la plus reculée de la joue, en avant du tragus. De plus, la maladie avait débuté brusquement, deux jours avant, sans que l'oreille elle-même eût présenté quoi que ce soit ; depuis l'opération, ni l'oreille, ni la cicatrice mastoïdienne n'ont été le siège d'une sécrétion purulente.

L'examen direct confirme l'exactitude des assertions du malade ; il n'y existe pas la moindre poussée inflammatoire.

Il s'agissait donc uniquement d'oreillons, mais d'oreillons qui avaient eu la malicieuse idée de se localiser du côté d'une oreille autrefois malade.

Ce n'est point le seul exemple de diagnostic erroné qu'ont provoqué les oreillons ; plus d'une fois, il m'a été adressé des malades pour de prétendues complications auriculaires qui n'avaient absolument rien d'otologique, mais seulement les oreillons.

Il suffira d'appeler l'attention sur de pareilles méprises pour qu'elles soient évitées.

Il est encore bien d'autres difficultés à vaincre pour ne pas faire inconsidérément le diagnostic de mastoïdite. Le cas suivant en est un exemple : une jeune fille, en traitement pour une otorrhée ancienne est en voie d'amélioration ; un jour elle se plaint de douleurs vives dans l'oreille malade, douleurs qu'elle n'avait jamais ressenties jusque-là.

Etait-il donc survenu brusquement une complication ? Il n'y avait pas de modification dans l'aspect de la caisse du tympan, ni dans la nature ou l'abondance de la sécrétion ; pas de fièvre, ni de tuméfaction, ni de sensibilité à la pression de la mastoïde, en un mot, rien qui pût dénoncer une complication de l'otorrhée.

Je pensai alors à une otalgie réflexe, et, en effet, interrogée sur ce point, la malade accusa une molaire supérieure de ce côté, qui était douloureuse. Le traitement de la dent cariée fit cesser les douleurs irradiées du côté de l'oreille malade.

Il est une autre affection qui peut donner le change, même aux mieux prévenus, c'est la mastoïdodynie ou algie mastoïdienne. Les malades qui en sont atteints, souffrent avec continuité et persistance au niveau d'une apophyse mastoïde sans qu'il y ait, quelquefois, de modifications appréciables dans l'aspect de la région ; pour peu que l'oreille correspondante présente des signes d'inflammation, il est difficile de se défendre du diagnostic de mastoïdite ; si en pratique la trépanation de l'apophyse mastoïde on ne trouve aucune altération osseuse.

On voit par ces quelques exemples, empruntés à la clinique, que le diagnostic n'exige qu'un peu d'attention pour éliminer les affections qui ne ressemblent que de loin à la mastoïdite, mais qu'il réclame beaucoup d'attention et de discernement dans certains cas, surtout pour intervenir de bonne heure et avec efficacité. — A. Courtade, *ancien assistant d'oto-laryngologie.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement des diarrhées chroniques. — Il n'est pas de praticien qui n'ait été consulté pour des diarrhées tenaces, désespérantes de longueur et ne compromettant en rien l'intégrité de l'état général. Les malades ne souffrent que de leur diarrhée ; les évacuations alvines, généralement fétides, sont souvent précédées de coliques avec flatulences abondantes et fétides. L'examen du ventre et des organes ne révèle aucun signe important. De pareilles diarrhées ne relèvent ni de la dysenterie, ni de la tuberculose, ni de l'urémie : elles ne sont pas dues à des lésions ulcéreuses de l'intestin et semblent plutôt dépendre d'une insuffisance de la digestion gastrique. L'estomac se vide trop rapidement. Comme le fait remarquer M. Soupault (*Société thérapeutique*, 12 mars), l'examen du chimisme stomacal ne fournit aucune indication. On constate souvent de l'hypochlorhydrie, mais parfois aussi un chimisme gastrique normal et même de l'hyperchlorhydrie.

M. Soupault préconise l'acide chlorhydrique, à la dose de 1 à 2 grammes par jour. On peut prescrire l'acide officinal pur à la dose de X à XX gouttes au commencement des repas, dans un verre d'eau sucrée simple ou bien additionnée de suc de citron, ou bien se servir de la limonade suivante :

Acide chlorhydrique pur officinal....	6 à 8 grammes
Sirop de limons.....	200 —
Eau.....	800 —

Pour les personnes qui se plaindraient de l'âcreté

Digitized by Google

de cette solution, on pourrait y ajouter un blanc d'œuf battu suivant la formule de M. Linossier. L'amélioration se fait sentir au bout de 2 à 8 jours, et la guérison complète ne tarde pas à se produire. On obtient ce résultat en l'absence d'un traitement diététique spécial. M. Soupault néanmoins a l'habitude de prescrire un régime alimentaire assez sévère, des lavements et des cachets d'antiseptiques après le repas. Il a ainsi traité depuis un an et demi 38 malades atteints de diarrhée chronique idiopathique. Sur ce nombre, vingt-et un ont guéri ; six autres n'ont présenté qu'une amélioration avec disparition des coliques et réduction des selles, celles-ci restées molles. Cinq autres n'étaient soulagés que pendant l'administration du remède, Aussitôt cessé, la diarrhée reparaissait. Enfin six malades n'ont pas été revus.

Il y a longtemps que M. Albert Robin, (*Soc. de thérap.*, 26 mars.) dans son service de la Pitié, recommande les acides contre la diarrhée. Ils préconise les formules de Coutaret composées d'un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique. La suivante rendra des services

Acide sulfurique.....	2 gr. 40
— nitrique.....	0 — 80
Alcool à 80°.....	18 —

Laisser en contact 48 heures.

Ajouter :

Sirop de limons.....	100 grammes
Eau de fontaine.....	150 —

De 1 à 3 cuillerées après les repas dans un verre d'eau (Coutaret).

Cette médication acide suivant M. Albert Robin, réussit dans les cas de diarrhée chronique, chez les dyspeptiques à langue blanche, pâteuse et saburrale, qui présentent des symptômes plus ou moins accusés de fermentations gastriques et de l'intolérance pour le régime lacté.

Il y a contre-indication à cette médication, quand la langue est rose ou rouge vif, quand l'estomac est douloureux à la pression, quand à leur passage dans la gorge, les acides provoquent une sensation de brûlure, de douleur ou de cuisson, quand on soupçonnera un ulcère de l'estomac.

En pareil cas, on pourra combattre la diarrhée par les astrigents : à chaque repas, une tasse d'infusion de 1gr. 50 de racines de fraisier sauvage. On peut en porter la dose jusqu'à 10 et 15 gr. par jour. Si la diarrhée ne s'arrête pas, M. Albert Robin donne, avant chacun des deux principaux repas, 2 pilules des suivantes :

Extrait de bistorte.....	
— de ratanhia.....	
— de diascordium.....	àà 0 gr. 05
Poudre de tormentille.....	
— de cachou.....	

Pour 1 pilule. F. p. 20.

Si les tanniques sont mal supportés, on recourra à la vieille association du diascordium et du bismuth:

Sous nitrate de bismuth.....	àà 4 grammes
Diascordium.....	

Pour 16 bols, dont on prendra 2 à 3 avant chaque repas.

M. Albert Robin a le plus souvent observé la coexistence de la diarrhée et des fermentations gastriques. M. Linossier signale une forme de diarrhée qui accompagne la lithiase biliaire. Celle-ci se produit exclusivement au moment du repas, parfois du premier déjeuner. On ne la constate qu'exceptionnellement au repas du soir. Le sujet se met à table sans malaise. Puis survient une douleur assez vive à l'épigastre ou un peu à droite de l'épigastre, au niveau de la vésicule biliaire. A cette douleur succède un besoin impérieux d'évacuation. Le sujet quitte la table, rejette une selle bilieuse liquide, et se trouve remis. On ferait fausse route en traitant cette forme de diarrhée par les moyens classiques. Le régime des diarrhéiques, pauvre en légumes, riche en viandes, lui serait funeste, tandis qu'un régime à tendances végétariennes, comme celui qu'on recommande aux lithiasiques, est favorable. Les médicaments absorbants, les astringents sont nuisibles. Ce qui réussit dans cette forme de diarrhée, c'est le traitement diététique et médicamenteux de la lithiase biliaire. Une saison à Vichy est suivie d'un bon résultat. En dehors de Vichy, on peut prescrire le matin à jeun de 6 à 10 grammes de sulfate de soude et un demi-verre à un verre d'eau de Vichy, à tiédir une demi-heure avant chaque repas. Exceptionnellement, les opiacés peuvent être prescrits un jour, leur usage prolongé provoquant des signes d'embarras gastrique.

M. Albert Mathieu confirme les résultats obtenus par M. Soupault ; l'HCL lui a réussi non seulement dans les diarrhées chroniques de neuro-arthritiques, mais aussi dans les cas de cancer de l'estomac et chez les tuberculeux, diarrhéiques. A côté de l'HCL, Albert Mathieu se loue de l'emploi des cachets d'Ewald :

Salicylate de bismuth.....	àà 0 gr. 30
Benzonaphtol.....	
Résorcine bisublimée.....	0 — 50

Pour 1 cachet. En donner à 2 aux repas.

Le sel de Carslbad rendra aussi des services (une petite cuillerée à café à jeun). La cure de Plombières, souvent conseillée en cas semblable, agit surtout par l'action calmante des bains chauds prolongés et répétés sur l'innervation motrice et secrétoire de l'estomac.

Aux médications précédemment exposées, M. Cautru en ajoute une autre, d'ordre physique : le massage abdominal. Il agit très bien dans les diarrhées infectieuses d'origine gastrique et dans les diarrhées des constipés (*Société thérapeutique* (26 mars),

Digitized by Google

Traitement des méningites cérébro-spinales par les bains chauds et la ponction lombaire. — En présence d'une méningite aiguë non tuberculeuse, en présence surtout d'une méningite cérébro-spinale, le praticien a tort de s'alarmer outre mesure. Dans la méthode des bains chauds, il possède une arme d'une haute efficacité. C'est depuis 1894 seulement, que les bains sont employés. On les donne à des températures de 38°, 39° ou 40°, d'une durée moyenne de 25 minutes. Ils sont renouvelés toutes les 3 heures ou 4 heures, le jour comme la nuit, et continués pendant tout le cours de la maladie. M. Blanat a consacré un travail à l'étude de cette médication, (Th. Paris, 1902).

C'est Aufrecht, le premier, qui employa ce traitement. Woroschilsky et Wolisch le suivirent dans cette voie et constatèrent un soulagement immédiat. Dès le premier bain, l'insomnie disparut, les bains suivants amendèrent la céphalalgie, la rigidité des muscles de la nuque et les autres symptômes morbides. Au bout de dix bains, la guérison a pu être obtenue chez un malade. Wolisch obtint cinq succès sur sept malades, grâce à cette méthode ; encore faut-il tenir compte, dans l'appréciation des deux insuccès, de la gravité extrême du mal et de la débilitation des sujets.

Certains médecins ont simplifié la technique. Ainsi, Jewnin n'emploie que les bains à 37 et 38°, à raison d'un bain par jour. Cinq cas de méningite cérébro-spinale guérirent, traités de la sorte.

La ponction lombaire est également recommandée Son usage est rationnel et d'ordinaire inoffensif, si l'on a soin de ne pas faire l'aspiration du liquide. Pouvant être répétées sans inconvénient, on cessera ces ponctions quand elles auront ramené un liquide céphalo-rachidien normal. Cet état normal du liquide céphalo-rachidien sera démontré par l'examen microscopique et les cultures. Le praticien fera bien de ne pas trop pratiquer ces ponctions lombaires ou du moins de n'y recourir qu'en cas d'insuffisance dans l'emploi des bains. Les malades viendraient-ils à succomber, les familles toujours heureuses de s'en prendre au médecin, ne manqueraient pas d'accuser son intervention de l'issue fatale. — L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Rapports des atrésies vaginales avec la grossesse. — M. Huchon, ayant observé une malade atteinte d'atrésie vaginale consécutive à des brûlures par injection d'acide sulfurique, chez laquelle on fit, au moment du travail, une opération césarienne avec hystérectomie abdominale totale et qui guérit, étudie les diverses causes d'atrésie (*Thèse Paris*, 1901). La plus fréquente serait un accouchement long et laborieux ; bien plus rares sont les cas de sténose consécutive à la leucorrhée vaginale, comme Bar en a rapporté une observation. La suppuration ou la gangrène des grandes lèvres qu'on observe parfois après la variole, la typhoïde, la diphtérie, la syphilis, peuvent entraîner des atrésies par chute des escharres ; de même des ulcérations dues au séjour prolongé de corps étrangers.

L'examen des parties génitales fera reconnaître les atrésies acquises du vagin, et si le toucher vaginal n'est pas possible, le toucher rectal pourra donner de précieux renseignements.

En cas de grossesse, avec atrésie vaginale complète, on pourra voir survenir brusquement un commencement de travail dû à l'accumulation des sécrétions utérines jouant le rôle de corps étranger et irritant l'utérus.

L'auteur conseille la conduite suivante :

Pendant la grossesse, l'atrésie vaginale complète ne comporte aucun traitement, alors que s'il y a simple rétrécissement, on devra s'efforcer en introduisant des mèches, des drains, d'éviter l'oblitération.

Pendant l'accouchement, si l'atrésie n'est pas très accentuée, on se contentera de décollements digitaux, d'incisions ou de débridements, tout en se tenant prêt à intervenir par l'abdomen si l'accouchement tarde à se faire. Dans ces cas, de même que dans les sténoses complètes, on fera l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale, ou de l'amputation utéro-ovarienne.

Congrès Français de Médecine

SIXIÈME SESSION. — TOULOUSE, 1er AVRIL 1902

(Suite)

Convulsions chez l'enfant

M. le Pr Despine et M. le Pr Moussous se sont partagé la tâche. Le premier nous a renseignés sur l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic des convulsions infantiles ; le second a traité plus spécialement la pathogénie, le pronostic et le traitement.

Le chapitre de l'étiologie, dû à M. Despine, est fort complet. L'auteur commence par étudier l'influence des convulsions sur l'épilepsie et se refuse à admettre qu'elle puisse être créée par une maladie aussi fréquente et aussi banale que l'éclampsie infantile. De même pour les méningo-encéphalites. Le rapport avec les convulsions est très incertain. Tantôt on n'observe aucune lésion méningée, tantôt on retrouve des microbes dans le cerveau et le liquide céphalo-rachidien sans lésions appréciables des centres nerveux, tantôt l'autopsie révèle la présence d'une

Digitized by Google

méningite séreuse, d'une hydrocéphalie ou d'une méningite purulente. Les tares et les maladies des parents (névropathie, alcoolisme, syphilis, saturnisme, cachexies) agissent comme causes prédisposantes ; l'influence de l'âge est aussi importante que la prédisposition familiale. Le chiffre des convulsions observées dans les six premiers mois dépasse d'un bon tiers le total des cas observés de six mois à deux ans. On ne saurait donc faire intervenir la dentition comme cause des convulsions, puisque la plus grande fréquence de celles-ci apparaît avant l'éruption dentaire. C'est une cause d'un tout autre ordre, une auto-intoxication, une maladie infectieuse, une néphrite, etc., qui détermine l'accident convulsif : la dentition n'y est pour rien. Quant à la scarification des gencives contre les accidents de dentition, bien que pratiquée encore de nos jours, elle n'a nulle raison d'être, ainsi que l'avaient déjà déclaré Rilliet et Barthez. Une seconde légende dont nous devons nous débarrasser, est celle du rachitisme ; si la coïncidence des convulsions et du rachitisme existe parfois, elle ne se montre que rarement par rapport au nombre total des rachitiques ; apparût-elle plus fréquemment, elle s'expliquerait d'une manière bien simple : le rachitisme ne crée pas les convulsions, mais les convulsions et le rachitisme dépendent d'une même cause, l'auto-intoxication gastro intestinale.

Des causes plus réelles des convulsions se rencontrent dans l'asphyxie (cyanose congénitale, coqueluche, empoisonnements par l'alcool, le plomb, l'opium, la santonine, le baume Tranquille, l'antipyrine, etc.), les auto-intoxications (urémie, intoxications gastro-intestinales), les maladies infectieuses (malaria, fièvres éruptives, grippe, pneumonies, otites, fièvre typhoïde, oreillons, angines, paralysie infantile, syphilis). M. Despine décrit en outre l'éclampsie traumatique, suite de chute ou de coup sur la tête (convulsions généralisées dans la commotion cérébrale, convulsions unilatérales liées à une contusion ou épanchement sanguin). L'éclampsie peut être séparée du traumatisme par quelques heures, un jour, plusieurs jours d'intervalle. Elle peut créer un appel à l'épilepsie vraie qui se développe par la suite. Reste l'éclampsie réflexe : on en a exagéré l'importance, bien que la présence des vers intestinaux contribue parfois à la provoquer.

Quant à la symptomatologie, elle est connue.

Les trois espèces de convulsions admises par Rilliet et Barthez chez l'enfant : l'éclampsie (convulsions cliniques externes), le spasme de la glotte (convulsion interne), la contracture des extrémités (convulsion tonique externe, tétanie) sont décrites par le rapporteur. Mais la tétanie infantile est une maladie rare, si on la compare à l'éclampsie et au spasme de la glotte.

Le diagnostic sera fait avec l'hystérie, mais celle-ci ne paraît guère qu'à la fin de l'enfance, avec l'épilepsie (aura, cri initial, morsure de la langue, vertiges, modifications de l'intelligence et du caractère), les méningites (accidents cérébraux coïncidant avec une augmentation brusque de la température, convulsions répétées laissant dans leur intervalle des contractures, de l'inégalité pupillaire, du strabisme, signe de Kernig, caractérisé par ce fait qu'un malade atteint de méningite fléchit ses jambes sur les cuisses au moment de s'asseoir).

Du rapport de M. Moussous, nous prendrons les considérations qu'il émet sur le traitement.

Les bains tièdes simples ou de tilleul ont été prônés avec juste raison ; ils exercent à la fois une action diurétique et calmante. On peut y maintenir l'enfant longtemps : une heure, deux heures de temps. Les bains frais, l'enveloppement dans le drap mouillé s'adressent tout particulièrement aux convulsions accompagnées de fièvre.

On pourra user des inhalations de chloroforme ou d'éther (quelques gouttes versées sur un mouchoir, au moment de l'apparition des convulsions), peut-être de la compression des carotides, plus souvent des émissions sanguines (sangsues aux apophyses mastoïdes, à la région malléolaire), des injections de sérum artificiel pour opérer le lavage du sang, des inhalations d'oxygène, des médicaments calmants (chloral, bromure de potassium, antipyrine. On peut donner tous les 1/4 d'heure ou toutes les 1/2 heure à un nouveau-né de 3 à 5 centigr. de chloral, à un nourrisson de 5 à 15 centigr., à un enfant de 2 à 5 ans, 20 à 30 centigr.) Les bromures sont le plus souvent associés au chloral ; l'antipyrine sera administré aux doses de 10 à 20 centigr., à condition qu'on soit certain de l'intégrité du filtre rénal. La ponction lombaire répétée tous les jours ou tous les 2 jours pourra donner de bons résultats dans les convulsions symptomatiques des méningites bactériennes.

Tel est le résumé des deux rapports présentés au Congrès de Toulouse sur les convulsions infantiles.

Celui de M. le Pr Despine, paraît plus net et les faits s'y groupent mieux dans leur degré d'importance respective. M. le Pr Moussous fait preuve d'une érudition touffue et solide, mais celle-ci n'est pas toujours présentée avec art. Les perspectives n'y sont pas ménagées comme il conviendrait. Des constatations secondaires y tiennent plus de place que les notions de premier ordre. Prenons un exemple : dans le chapitre du traitement, une demi-page est consacrée à l'emploi des bains tièdes qui constituent bien une des médications les plus efficaces, par contre deux pages exposent les effets de la compression des carotides qui ne sont jamais qu'un traitement d'exception.

Somme toute, les différents rapports présentés au Congrès de Toulouse ne semblent guère avoir fait avancer les questions qui étaient à l'étude. Ils témoignent d'un effort patient, ne nous apprennent rien que nous ne sachions déjà. Les congrès, et la preuve en semble faite, ne poussent pas à la marche de la science. Leur but est tout autre. Ils réunissent des confrères, établissent des relations, permettent de passer quelques bons jours ensemble. L'action des congrès se réduit à une influence confraternelle, c'est déjà quelque chose. — K. S.

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*8 avril*). — M. Brouardel, au nom de M. Kahn, lit un rapport sur l'organisation des hôpitaux américains. Outre les maisons de santé payantes, et les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, les Américains possèdent des maisons de santé mixtes, où riches et pauvres sont soignés en même temps, les premiers concourant à l'entretien des seconds. La bourse des malades fortunés vient en aide aux pauvres diables, et cela est fort bien. En France, nous devrions bien obtenir la création de maisons pareilles. Elles permettraient, moyennant les ressources accrues, une affectation plus longue et plus efficace des soins médicaux aux indigents.

M. Sevestre revient sur la nécessité des injections préventives de sérum antidiphtérique. Il fait voter à l'Académie les conclusions d'un rapport formulées dans ce sens. La désinfection et l'isolement seront pratiquées comme auparavant, leur efficacité se trouvant renforcée par le fait des injections préventives qui ne seront jamais négligées.

Un bon point aux instituteurs et institutrices. Ils sont des fervents propagateurs de la vaccine; M. Hervieux les en félicite avec juste raison.

Et Radica et Doddica, les deux fameuses sœurs jumelles, opérées par M. Doyen? Après avoir informé la Presse des Deux-Mondes, de tous les détails et particularités de l'acte opératoire et de ses suites, M. Doyen s'est souvenu qu'il y avait une Académie. Vite, il a fait une communication. Et Radica et Doddica ont défilé devant les yeux de l'Académie, sous forme de radiographies, leur vice de développement étant expliqué par des dessins embryologiques. — K. S.

VARIÉTÉ

Les hernieux dans l'armée

Jusqu'en l'an de grâce 1902, les règlements de l'armée avaient admis cette douce absurdité : un homme atteint de hernie abdominale, crurale, inguinale, ombilicale, épigastrique, simple ou compliquée, réductible ou non, est inapte à faire un soldat. Dans quelles conditions? Quand il a contracté cette hernie une heure avant le conseil de révision. Une heure après c'est tout le contraire. Il sera un guerrier de premier ordre et propre à toutes les fatigues.

Dans la prétendue visite médicale des conseils de bousculade, dits conseils de révision, il pouvait bien se produire cet incident : le médecin, ahuri par ce défilé d'indigènes nus et pressés, oublie d'explorer les anneaux inguinaux ou n'en a pas le temps ; une hernie lui échappe, le soldat est pris pour bon, on le déclare irréformable, à moins que sa bonne fortune ne lui vaille plus ou moins tardivement, pendant un exercice violent, une complète éventration, une deuxième hernie ou mieux encore un complet étranglement, nécessitant une opération ou amenant la mort.

Sans compter que ce malheureux hernieux, incapable de travail de force, d'escrime, de boxe, de bâton était, selon sa bonne ou mauvaise volonté, selon l'esprit plus ou moins militaire du médecin du régiment ou du colonel, condamné soit à être soldat sans l'être, soit à être persécuté sans cesse, parce qu'on le considérait comme un paresseux ne voulant point forcer sa pointe de hernie à franchir son orifice externe, pour se transformer en énorme hernie incompatible avec le service armé.

Le nouveau siècle ne pouvait supporter semblable hérésie ; nous avons réformé tout cela Désormais, tous les hernieux sont pris bons, sauf les cas prévus autrefois pour la réforme. On les incorpore, on vous les munit d'un excellent bandage et voilà des impedimenta ajoutés à tant d'autres.

M. le Dr Chevillon, qui ne comprend que mal ces subtilités, s'est ému de cette incorporation du hernieux; il n'a pas craint de dire nettement au Ministre de la Guerre, qu'il ignorait quelle était la haute autorité médicale qui avait suggéré cette nouveauté; mais, a-t-il ajouté : « tous les médecins la réprouveront ».

Je n'hésite pas à affirmer qu'un plébiscite *inter doctores* lui donnerait complètement raison.

Si l'on avait eu la franchise d'avouer la pensée de derrière l'occiput, qui est sans doute celle-ci : incorporer les hernieux et les opérer, soit ; la thèse peut se soutenir, nous y reviendrons, seulement il n'en a pas été ainsi, et le représentant du Ministre, le Directeur de la 7e Direction, s'est contenté de plaider les circonstances atténuantes, comme l'a fort spirituellement dit le Dr Noel :

« On a pensé, a-t-il dit (on..... la haute autorité médicale inspiratrice du Ministre), que les hommes ayant une pointe de hernie pourraient être affectés à des services spéciaux *sans grand inconvénient*. On a adopté cette règle commune, qui consiste à incorporer dans l'armée et à affecter tout homme atteint de hernie légère à des services spéciaux : sections d'administration d'état-major, infirmiers, ouvriers bottiers, cordonniers, etc. Ces hommes seraient peut-être pas bons pour faire des cuirassiers, mais ils peuvent cependant rendre de grands services. C'est un peu l'application de l'utilisation dans l'armée active des services auxiliaires. Je crois que cela n'aura pas d'inconvénient, et ne pourra que renforcer les effectifs. »

Distinguons : Il est dès lors entendu que c'est seulement à des services *spéciaux* que pourront être affectés les hernieux : bottiers, cordonniers, etc., (réservons les infirmiers !), il est convenu qu'ils ne pourront faire ni des cuirassiers, ni des artilleurs ni même de simples fantassins. Mais, hernieux, mon ami, si tu ne te sens pas pris d'un fol enthousiasme pour le noble métier des armes, ton compte est excellent : ne fais pas de bottes, ne fais pas de souliers, désobéis, sois indiscipliné, très indiscipliné, passe au Conseil : on ne pourra sûrement faire de toi un fantassin de ces compagnies de discipline, dont on a décrit si longuement les charmes dans une ultérieure séance de la Chambre des Députés. Tu ne peux faire un soldat, donc fais ce que tu peux pour que, mécontents de tes bottes, souliers, tes officiers en soient réduits à te condamner à être fantassin, et tu seras exempt de par le fait même de ta bonne conduite.

Mais où la stupeur m'a réellement étreint le cerveau de son cercle de bronze, c'est quand j'ai entendu un médecin militaire, un médecin inspecteur en chef de la 7e Direction, le bras droit du Ministre oser dire à la tribune qu'avec des hernieux on ferait des *infirmiers*.

Je croyais que les instructions ministérielles rappelaient qu'il fallait écarter des sections d'infirmiers « les hommes de constitution chétive, etc. ». Je croyais que les médecins militaires avaient

Digitized by Google

inspiré cette rédaction, je pensais que jamais il ne serait venu à l'idée d'un médecin militaire que pouvait être chétif un infirmier qui, à toute heure de jour et de nuit, est exposé à maintenir un malade en délire, à le soulever, à le porter même.

Cette pensée qu'un infirmier doit être aussi robuste qu'un artilleur, qu'un cuirassier, les médecins militaires avec beaucoup de peine (ô combien), d'écrits, de discours, avaient réussi à la faire pénétrer dans le cerveau du commandement qui, longtemps, raisonna comme Monsieur le chef de la 7e Direction, et désignait pour être choisis comme infirmiers (avant que ceux-ci ne fussent incorporés directement) tout ceux qu'ils avaient de mauvais, de malingres, je dirai presque de vieux dans les régiments. Et voilà que nous revenons à ces théories funestes tant critiquées.

Nous ne doutons pas que, s'inspirant de cette sortie *coram populo*, officielle, imprimée, la prochaine instruction ministérielle destinée à guider le choix pour les armes, ne prescrive de réserver pour le corps des infirmiers tous les hommes chétifs, de constitution médiocre, ou ayant une tare quelconque, du moment qu'ils sauront lire.

La décision ministérielle sera logique, nous déplorons de n'en pouvoir dire autant du raisonnement de la Direction du Service de santé, et il est regrettable de voir le défenseur du Corps de santé, battre en brèche les principes « que ses éminents prédécesseurs, les Larrey, les Orfila avaient eu tant de peine à édifier.

Qu'on me permette de terminer par une anecdote historique : Dans un grand hôpital militaire, un officier venait d'être apporté pour un accident de cheval, dans lequel il avait eu les deux jambes fortement contuses ; la station debout était impossible. Pour gravir les escaliers (car le service des officiers blessés était au premier, tout comme à l'hôpital du Val-de-Grâce), il fallut transporter le blessé de sa voiture sur un brancard. Ce soin fut dévolu à un jeune soldat, faisant son stage d'infirmier à l'Hôpital militaire ; était-ce l'émotion inséparable d'un premier début, était-ce bien plutôt le manque de muscles, le candidat infirmier laissa choir l'officier pendant le court trajet qu'il avait à effectuer. Le médecin présent fut presque rudoyé par l'officier blessé, pour la mauvaise qualité de l'infirmier, cet indispensable auxiliaire du Service de santé. Calme et digne sous l'avalanche des reproches, le major répondit flegmatiquement, mais justement : Cet infirmier, Monsieur, vient de votre régiment, peut-être même est-ce vous qui l'avez désigné comme capable de remplir ses délicates fonctions d'infirmier.

Aujourd'hui le major serait cloué, car c'est le Service de santé qui désigne les hernieux pour en faire des infirmiers, et par suite ouvre la porte à tous les rebuts que le service armé refuse comme tarés.

Nous reviendrons en un prochain article, sur l'idée vraie qui a pu guider dans cette voie déplorable, d'incorporer les hernieux.

JEAN JACQUES.

BIBLIOGRAPHIE

Les cirrhoses biliaires, par le Dr PIERRE LEREBOULLET, interne lauréat des hôpitaux des Paris. (Masson, édit., Paris, 1 vol. in-8° de 480 pages.)

De temps en temps, alors que le vent souffle aux réformes, on parle comme d'une amélioration essentielle, de la nécessité qu'il y aurait à supprimer cette formalité de fin d'études qu'on appelle la soutenance de thèse. Cette mesure ne nous semble nullement justifiée. Nombre de mémoires qui couronnent la fin des études témoignent de recherches consciencieuses et d'un travail ardu. Il en est, parmi eux, de tout à fait remarquables. Tel le volume que M. le Dr Pierre Lereboullet vient de nous donner sur *Les cirrhoses biliaires*. Depuis deux ans, avec M. le Pr Gilbert, il étudiait la question. Mieux qu'aucun autre il était désigné pour nous fournir, dans un mémoire d'ensemble, l'histoire de ces maladies qui avant lui, et malgré la lumière qu'y avait jetée le premier Hanot, nous demeuraient si obscures en bien des points, et surtout en ce qui concerne l'étiologie. M. Pierre Lereboullet nous démontre que dans les cirrhoses biliaires une double cause est à la racine. La première est l'infection ; il s'agit d'une infection biliaire ascendante due à des germes venus de l'intestin ; la seconde est le terrain. Il faut que celui-ci soit héréditairement prédisposé. De la cholémie simple familiale ou ictère acholurique jusqu'aux cirrhoses biliaires, toutes les formes d'infection biliaire chronique se montrent, se traduisant suivant la virulence des germes microbiens et les conditions de résistance du terrain orgnique : ici, par des manifestations cliniques atténuées ; là, par les signes complets de la cirrhose biliaire. La maladie constituée s'accompagne toujours d'une hypertrophie de la rate ; le volume respectif des deux organes a permis à M. Lereboullet d'établir plusieurs types anatomo-cliniques distincts : 1° Cirrhose biliaire commune, maladie de Hanot ou cirrhose biliaire splénomégalique ; 2° Cirrhose biliaire hypersplénomégalique ; 3° Cirrhose biliaire microsplénique ; 4° Cirrhose biliaire atrophique, cette dernière forme où le foie est atrophié, se montre exceptionnelle. Le mémoire de M. Lereboullet marque une étape dans l'histoire des cirrhoses biliaires ; tous ceux qu'intéresse la question s'y devront arrêter, et en partiront sérieusement renseignés et solidement munis pour des recherches ultérieures.

Rectification historique — Dans sa leçon d'ouverture à la Faculté de médecine, après avoir rappelé que Stricker et Filehne ont été les premiers auteurs des médications par le salicylate de soude et par l'antipyrine, M. le Dr Gilbert a ajouté qu'en France les premiers travaux sur ces deux médicaments sont dus à M. G. Sée. Il y a là une petite erreur historique qu'il importe de rectifier. Le premier travail paru en France *(Nice médical)* sur le traitement du rhumatisme par l'acide salicylique et le salicylate de soude, émane du Dr BARETY (de Nice) ancien interne des hôpitaux de Paris. Les premières recherches en France sur l'antipyrine ont été publiées par le Dr H. HUCHARD, comme les bulletins de la Société de thérapeutique (1884) et la thèse de M. ARDUIN en font foi.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. BESSON, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FERRINGER.

PARIS. — IMP. CHARLES VILLAREM, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. le Dr Widal.

La goutte saturnine

Cette affection, mise en doute par certains auteurs, ne laisse pas d'être réelle. Elle est rare, voilà tout, et sa description laisse fort à désirer. M. Widal, montre un homme de 57 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 11 ans, et atteint de goutte saturnine. Le malade présente des tophus multiples aux doigts et aux oreilles; sa santé est excellente; sauf ses crises de goutte, il ne souffre pas ; chez lui aucune manifestation paralytique, ni d'anémie ; en troisième lieu, bien qu'atteint depuis trente ans de ses crises goutteuses, il ne montre aucune altération viscérale ni aucun signe de néphrite.

Or, les classiques disent que la goutte saturnine se distingue par l'absence de tophus, l'aspect anémique des malades, le précocité des lésions viscérales et de la néphrite. Aucune de ces assertions n'est confirmée ici.

On a dit que les parents des goutteux saturnins avaient, pour la plupart, payé leur tribut au saturnisme. Le père du malade était précisément intoxiqué par le plomb. Il y a là un fait d'hérédité de prédisposition intéressant à signaler.

Quant à la goutte saturnine, son existence ne saurait être niée. Où ce malade aurait-il pris la goutte si l'intoxication plombique n'était survenue? Il était sobre, mangeait peu de viande, ne se permettait pas de repas succulents. Quant au vin, il en buvait, il est vrai, deux litres par jour, mais n'usait jamais d'autre boisson alcoolique. Aussi bien l'alcool n'a rien à faire dans l'espèce. Il produit toutes sortes de désordres ; mais la goutte, il est parfaitement incapable de lui donner naissance.

Un autre point indiscutable de la goutte saturnine, est le signe d'intoxication profonde qu'elle traduit. Il faut être très saturnin et depuis longtemps pour devenir goutteux. Ce peintre en bâtiments avait commencé son métier à 11 ans. Il est âgé de 57 ans aujourd'hui. N'oublions pas que son père était lui-même saturnin.

Cette nécessité d'une imprégnation profonde de l'organisme par le plomb explique comment de nombreux saturnins échappent à la goutte. Fiessinger n'a jamais vu de goutte chez les lapidaires du Jura empoisonnés par les poussières plombiques des meules qui leur servent à tailler les pierres fines ; mais ces lapidaires vivent au grand air, et ne travaillent pas toute l'année. L'été, ils vont aux champs. En outre, ils consomment peu de viande, et le dimanche seulement. Or, si le plomb prédispose à la goutte, encore lui faut-il fournir la matière azotée capable de faire de l'acide urique, et qui est ici la viande.

Dernier détail curieux chez le goutteux saturnin dont parle M. Widal. Un accès de goutte a fait chez lui suite à un traumatisme. Le soir même d'un jour où il se fracturait deux côtes droites, une crise goutteuse a apparu, commençant par la main droite et descendant presque aussitôt au genou. Il s'est produit chez lui ce qui arrive dans d'autres maladies, à certains paludéens par exemple, qui voient un accès fébrile reparaître pour une chute faite, ou une contusion quelconque qu'ils ont eu à éprouver.

Ce goutteux saturnin fabrique donc trop d'acide urique, ainsi qu'il advient de tous les goutteux. Seulement cet excès d'acide urique ne se retrouve pas dans l'urine qui en présente des quantités normales. Il n'y a ni augmentation ni diminution de l'acide urique urinaire. Le rein, parfaitement sain, laisse passer le chiffre habituel. A ce propos, la théorie qui veut faire d'une lésion rénale (Garrod) la cause de la goutte, ne résiste pas à l'examen clinique. Nombre de goutteux n'ont pas de néphrite ; nombre de néphrétiques ignorent la goutte. La goutte serait-elle due à un ralentissement de la nutrition ? Nombre d'individus chez qui cette diminution des échanges s'opère, échappent à la goutte.

La théorie hépatique défendue par Murchison, semble la plus plausible. C'est de ce côté que doit être la vérité. Il existe une déviation nutritive de la matière azotée dans le foie. Il fait plus d'acide urique qu'il ne devrait. Le foie, du reste, est touché dans le saturnisme ; pendant la colique de plomb, il est diminué de volume.

Le pronostic est excellent. Ce malade se remettra vite. Abordant la question du traitement, M. Widal fait observer que le colchique, ce médicament si merveilleux dans la goutte, n'a rien donné dans le cas actuel. Le malade ne s'en est jamais bien trouvé. Rien d'étonnant à cette particularité. Chaque organisme offre ses réactions spéciales vis-à-vis d'un remède et ces réactions varient d'un jour à l'autre sur un même individu. Un tel qui sera soulagé par le salicylate de soude ou le salicylate de méthyle, (ce dernier en applications externes) à l'une de ses crises, ne retirera aucun bénéfice de la médication répétée ultérieurement. Quoi qu'il en soit de ces tempéraments divers apportés aux réactions médicamenteuses de l'organisme, un fait pratique subsiste : ne pas donner ces remèdes dans les premiers jours et savoir attendre un peu avant de les administrer. On y pourra avoir recours vers le sixième ou septième jour, sans inconvénient.

M. Widal, sur son goutteux, va essayer d'une petite expérience bien anodine et qui n'a pas encore

Digitized by Google

été essayée chez l'homme. On sait que l'acide urique urinaire augmente après l'absorption de certains aliments : le ris de veau, par exemple. Ce goutteux avalera 500 gr. de ris de veau, on recherchera ensuite si son alide urique a augmenté dans l'urine. Si cette augmentation est constatée, ce sera encore un nouveau moyen, à côté des signes qui plaident déjà en faveur de l'intégrité du filtre rénal, de voir que le rein, chez ce goutteux, est parfaitement sain et ne s'oppose nullement au passage de l'acide urique.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Necker. — M. H. Huchard

La thérapeutique. Ce qu'elle doit être

L'an dernier, à pareille époque, nous avions inauguré, — je dis nous, parce que je ne suis pas seul et qu'un certain nombre de collègues et d'amis avaient bien voulu me prêter l'appui de leurs connaissances et de leur talent, — nous avions inauguré un certain nombre de conférences avec présentation de malades, la leçon étant toujours dirigée dans un sens pratique. Cette même façon d'enseignement, nous l'allons reprendre aujourd'hui ; nos conférenciers de l'an dernier nous restent fidèles, de nouveaux noms s'ajoutent à leur liste. Nous les remercions tous de l'effort déjà accompli et de celui qu'ils s'apprêtent à poursuivre avec nous.

Quoiqu'il ne faille pas gâter l'œuvre par une préface, nous estimons que cette maxime ne comporte pas une vérité absolue. On a droit de temps à autre d'y donner une entorse, surtout comme aujourd'hui, quand il s'agit d'exposer l'esprit dans lequel seront conçues les leçons que nous inaugurons.

Dès la première heure, il convient de dire ce que nous voulons faire et ce que nous espérons réaliser.

En médecine, il faut toujours allier la clinique à la thérapeutique. C'est ce que je disais dans ma leçon d'ouverture de 1894 (1) ; c'est ce que je répèterai aujourd'hui en me permettant de développer devant vous la signification d un des termes qui composent cette union, en vous apprenant ce que doit être la thérapeutique. Celle-ci, avant d'être appliquée, doit être expliquée. Seulement, pour réaliser ce but et arriver à une explication précise et qui mérite de durer, il nous faut autre chose que le secours de l'imagination. C'est la physiologie qui nous servira de base, c'est sur elle que nous nous appuierons pour édifier l'œuvre. *La thérapeutique sera physiologique ou elle ne sera pas*, telle est la devise qui nous a inspiré jusqu'aujourd'hui et continuera de nous servir de guide. Elle ne nous conduira pas dans des chemins toujours semblables ; un sentier où elle nous poussera un jour, elle nous en interdira l'accès le lendemain. Par des considérations physiologiques, tantôt nous devrons intervenir énergiquement, tantôt l'abstention règlera notre effort. Il est de nombreux cas où il est dangereux d'ordonner un remède. Mieux vaut ne rien prescrire que de faire du mal. *Primum non nocere* ; souvenez-vous toujours du conseil ancien.

Le 22 novembre 1901, je voyais avec M. le Dr Despaigne, une malade de 61 ans, goutteuse, atteinte d'hypertension artérielle avec pouls dur, cordé et retentissement diastolique de l'aorte. Le cœur offrait le rythme couplé, c'est-à-dire le rythme caractérisé par la succession de deux pulsations, l'une forte, l'autre faible, et se répétant par cette association d'un couple que séparait un silence. Ce rythme couplé est un signe qui se rencontre fréquemment dans l'artério-sclérose. L'urine renfermait de légères traces d'albumine. A Londres, on avait ordonné de la digitale sans que la malade ressentît du soulagement. L'amélioration ne pouvait se produire ; nous avons dit que la malade présentait un rythme couplé ; or c'est un rythme de cet ordre que produit l'absorption de la digitale. En l'ordonnant, on ne faisait donc qu'aggraver un symptôme déjà existant, puisqu'au rythme couplé dû à la cardio-sclérose on ajoutait le rythme couplé produit par la médication digitalique. En janvier 1902, au lieu du mieux c'est l'aggravation qui se produit. La malade est atteinte un matin d'aphasie légère ou plutôt de paraphasie, avec très légère parésie du bras droit. Ces accidents disparaissent en quelques heures. On appelle le médecin. Que devait-il faire ? Il se trouvait en présence d'une petite embolie que justifiait l'état du cœur, le diagnostic d'hémorragie cérébrale devant être rejeté. On ne fit rien. On se garda surtout de chercher à agir sur le cœur ; car, l'administration de la digitale, en cas d'embolie, risque de mobiliser encore la thrombose intra-cardiaque. — Avait-on affaire à une hémorragie cérébrale ? La digitale, en augmentant la pression sanguine, avait chance d'aggraver cette hémorragie.

Aussi, bien les méfaits d'une médication active dans ce cas ne se comptent plus.

Dans la thèse d'agrégation de Rendu (1) sur les néphrites chroniques (1878), nous lisons l'histoire suivante dont est responsable non plus la digitale,

(2) La méthode en thérapeutique. Leçon inaug. du cours de clinique thérapeutique de l'hôpital Necker *(17 février 1894)*.

(1) Etude comparative des néphrites chroniques. *(Thèse*, Paris 1878.*)*

Digitized by Google

mais l'ergot de seigle : « Dans un cas qui m'a été signalé, dit l'auteur, une attaque d'apoplexie survint trente-six heures après l'administration de 0,50 d'ergot de seigle, et quoique le malade fût déjà depuis quelque temps sous le coup de phénomènes d'urémie lente, il y eut là peut-être plus qu'une simple coïncidence. »

Revenons à la digitale, et précisons encore par des exemples quelques-unes de ses contre indications.

J'ai vu des embolies cérébrales, et je l'ai déjà dit il y a 15 ans (1), survenir chez des cardio-artériels auxquels la médication digitalique avait été prescrite dans le but de combattre certains symptômes d'arythmie cardiaque. En 1889, j'ai observé deux malades en ville, dont l'un eut une embolie cérébrale, un jour après l'administration d'une solution alcoolique de 2 milligrammes de digitaline, dont l'autre était atteint d'accès de dyspnée extrêmement violents aussitôt qu'il avait pris une faible dose du médicament. Un autre jour, j'observais un cardiopathe artériel succombant à une embolie cérébrale, comme le démontra l'autopsie. Il avait absorbé pendant deux jours 30 centigrammes de macération de digitale.

D'autres exemples semblables peuvent encore être cités. Un de mes élèves, M. Fleurot, dans sa thèse inaugurale de 1884 (2), rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte dans mon service d'une embolie cérébrale, vingt-quatre heures après avoir pris, pendant deux jours 30 centigrammes, d'infusion de digitale.

Dans une thèse écrite sous l'inspiration du professeur Bernheim à Nancy, Bloch (3), cite trois observations qui me semblent concluantes. Dans la première, il s'agit d'un homme de 62 ans, athéromateux, atteint d'hypertrophie cardiaque et de lésions scléreuses des valvules auriculo-ventriculaires et qui mourut d'embolie cérébrale, constatée à l'autopsie, quarante-huit heures environ après avoir pris pendant trois jours une dose quotidienne de 75 centigrammes d'infusion de digitale. Un autre malade de 58 ans, également athéromateux, atteint d'hypertrophie du cœur, sans lésions valvulaires, a présenté une hémiplégie gauche avec troubles de la parole, deux jours après avoir été soumis au même traitement, et l'autopsie a permis de constater l'existence d'une embolie dans l'artère cérébrale droite postérieure. Enfin, un troisième malade, soigné en ville par Bernheim et Spillmann, était atteint d'un athérome artériel très prononcé avec hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires. Or, on put voir chez cet homme, sous l'influence de la digitale, la même scène morbide se dérouler à plusieurs reprises différentes. L'hémiplégie disparaissait au bout de quelques jours, alors qu'on supprimait ce médicament ou qu'on en suspendait l'emploi.

Tous ces faits malheureux, on ne peut les attribuer à l'intoxication digitalique. C'est la digitale elle-même, à doses parfois minimes, qui, trouvant un système artériel scléreux, et en tension exagérée, double cette tension due à la maladie de l'augmentation de tension qu'elle produit elle-même.

Les mêmes précautions sont à prendre non pas seulement dans l'artério-sclérose cérébrale dont nous venons de signaler plusieurs cas, mais aussi dans l'artério-sclérose rénale, qui est une néphrite avec hypertension. Il est de mode aujourd'hui d'unifier la conception des néphrites, de dire : il n'y en a qu'une, le gros rein blanc, laquelle aboutit à la longue au petit rein contracté de la néphrite scléreuse. C'est l'anatomo-pathologie qui crée cette distinction ; la clinique et la thérapeutique protestent contre elle. Pour le clinicien et le thérapeute, il y a deux néphrites : l'une avec hypotension et tendance à l'asystolie ; l'autre avec hypertension. Dans la première la digitale à doses massives (50 gouttes de la solution alcoolique au millième) peut rendre des services et sous son action l'albumine diminue souvent ; la seconde, au contraire, ne s'accommode que de la digitale à doses sédatives (8 à 10 gouttes, 4 à 5 jours de suite), à moins que le cœur ne fléchisse tout à fait, comme il peut arriver aux dernières périodes de la néphrite interstitielle. On recourt alors aux hautes doses, parce qu'en ce moment la tension artérielle a fléchi et que la néphrite interstitielle entre dans une phase d'hypotension semblable à celle qui caractérise le gros rein blanc.

Les exemples que je viens de vous citer aboutissent à ce précepte : Il convient de savoir ce qu'il ne faut pas faire. Donner la digitale en pareil cas, cela ne peut que produire des résultats fâcheux. Le régime lacto-végétarien, voilà la branche de salut. Le clinicien ne l'oubliera pas. Ce n'est pas que sa prudence doive toujours éviter les remèdes. Il est prudent de ne rien faire en certaines conjonctures ; il est prudent d'agir dans d'autres. L'abstention thérapeutique fait place à la thérapeutique active.

Le 12 janvier, je vois un homme de 56 ans, déjà atteint pendant 4 mois d'un diabète insipide, 10 ans auparavant. Le malade rendait alors jusqu'à 20 litres d'urine. Une telle excrétion urinaire produisait de

(1) Huchard. Danger de l'emploi de la digitale et des médicaments excitateurs de l'artério-tension dans les cardiopathies artérielles. *Journal des Praticiens*, 1887, p. 388.)

(2) Fleurot. Action thérapeutique de la digitale dans les affections organiques du cœur. (*Thèse*, Paris 1884.)

(3) Sur les indications de la digitale dans les affections du cœur. (*Thèse*, Nancy 1879.)

Digitized by Google

l'hyperfonctionnement rénal. Le rein se fatiguait à remplir l'office d'un filtre aussi souvent mis à contribution. Au bout de 10 ans, ce surmenage rénal produisit son effet. Une néphrite interstitielle se déclara avec dyspnée toxi-alimentaire et légères traces d'albumine dans les urines. Soumis par mon confrère le Dr Wehlin (de Clamart), au régime lacto-végétarien, tout de suite les accidents s'amendèrent. Mais voici que, le 1er janvier, survient un écart de régime. Le malade mange du pâté. Deux jours après, la dyspnée augmente, et le 8 janvier surgit le tableau effrayant de l'œdème du poumon : le malade, pâle et couvert de sueur, est assis en orthopnée dans son lit ; le pouls est petit et laisse sentir une artère cordée, l'expectoration muqueuse abondante présente une couleur saumonée, des râles sous-crépitants fins montent de la base au sommet des poumons, de l'albumine en quantités assez faibles toutefois, est décelée dans les urines. Les extrémités se refroidissent, les lèvres se cyanosent, la mort semble imminente au Dr Lorion qui le voit à ce moment. Il n'y a pas une minute à perdre. Séance tenante, une saignée de 500 grammes est pratiquée, 250 grammes de sérum sont injectés sous la peau, on pratique l'entéroclyse par de grands lavages de l'intestin. L'administration de 3 litres de lait, de 2 litres d'eau d'Evian et de la théobromine complètent le traitement.

Sous l'effet de la médication, le mieux ne tarde pas à survenir, l'urine remonte de 150 gr. à 1500 et 2000 gr. Le 16 janvier, en 4 jours, le malade est sauvé.

Qu'avait-il eu ? Par suite de la lésion rénale, et sans doute aussi d'une périaortite qui compliquait la cardiopathie artérielle, avait fait sa brusque apparition, un œdème aigu du poumon, dont j'ai exposé la physiologie ailleurs. Une augmentation considérable de la tension vasculaire s'était fixée dans la petite circulation ; une insuffisance rapide s'était opérée au ventricule droit.

La saignée, en favorisant la déplétion veineuse et aussi en débarrassant l'organisme des principes toxiques qui s'y accumulaient du fait de la sclérose rénale, a amené une amélioration considérable que les diurétiques prescrits en même temps ont pu accentuer et rendre durable.

Nous avons fait le nécessaire ; surtout nous n'avons pas fait ce qu'il ne fallait pas. Nous n'avons pas prescrit d'iodure de potassium dont on abuse tant dans la sclérose, parce que le médicament pouvant produire de la congestion œdémateuse de l'appareil broncho-pulmonaire, devient ainsi complice de la maladie.

Notre malade avait de l'arythmie. Il n'a pas pris de digitale, parce que celle-ci, dans ces formes de cardiopathies artérielles à allure arythmique ne donne aucun soulagement.

Cette atteinte d'œdème aigu du poumon aurait pu être confondue avec une attaque d'asthme. Un tel diagnostic nous eût inspiré une mauvaise ordonnance. A supposer que le malade n'eût pas succombé à sa crise, ce qui est peu probable, nous l'aurions, dans sa convalescence, mis au régime de l'iodure, ce qui était contre-indiqué, ou nous l'aurions envoyé aux eaux, au Mont-Dore, par exemple, ce qui pouvait être une cause d'aggravation. Que de soi-disant asthmatiques envoyés aux eaux et qui en reviennent en état d'asystolie ! Et ce n'est pas le traitement thermal seul qui produit semblables accidents ; la fatigue du voyage suffit. Les toxines accumulées par la fatigue ne s'éliminent plus, parce que trop abondantes. Et si nous avions appliqué des ventouses, des pointes de feu, des vésicatoires ? Pour les ventouses et les pointes de feu, je n'y verrais pas d'inconvénients, si l'application de ces remèdes ne nécessitait une certaine somme d'un temps que l'imminence du danger ne permet pas de gaspiller. Il faut agir et vite.

Pour les vésicatoires, il n'en est pas de même, c'eût été là une médication déplorable, en raison de l'imperméabilité rénale qu'ils eussent aggravée. Mon collègue et ami, M. Albert Robin, est un grand partisan du vésicatoire ; selon lui, c'est un oxydant et un ventilateur du poumon. Mais il n'a pas dit qu'il en fallait user dans tous les cas, et ici il ne l'eût point ordonné. Il l'emploie beaucoup dans d'autres maladies, mais sur ce terrain je ne le suivrai pas, puisque nous sommes séparés l'un de l'autre seulement par l'épaisseur d'un emplâtre vésicant.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu affaire qu'à des maladies assez simples ; la plupart des symptômes pouvaient être améliorés. Nous ne serons pas toujours aussi heureux. En présence de plusieurs signes morbides, nous serons souvent tenus de faire notre choix, quelquefois parce que le signe que nous choisirons commandera tous les autres, dans d'autres cas parce que ce sera celui dont la thérapeutique aura le plus aisément raison. C'est ce signe capable d'atténuation et d'amendement que le clinicien devra poursuivre jusqu'à ce que l'amélioration désirée soit obtenue.

Il est parfois difficile entre plusieurs symptômes présentés, de faire la part respective de chacun et de les grouper suivant leur degré d'importance. Un accident de second ordre est placé au premier rang ; de là des erreurs thérapeutiques fâcheuses.

Il y a quelques mois, un médecin m'amène une femme de 50 ans uricémique, avec refroidissement des extrémités. Des accès de fatigue abattent rapide-

Digitized by Google

ment la malade, elle a des vertiges, parfois des syncopes; elle digère en outre difficilement et présente des palpitations fréquentes. Il existe de la dyspnée, une légère arythmie cardiaque; les jambes présentent un œdème superficiel, des traces d'albumine sont constatées dans les urines. Certains médecins concluent à de la neurasthénie, d'autres penchent pour une affection gastrique, d'autres incriminent le cœur. La malade avait consulté notre regretté maître, le Pr Potain. Celui-ci diagnostiqua une dilatation du cœur avec bruit de galop droit, consécutive à une affection gastro-intestinale, et il rattacha aux troubles du cœur les syncopes présentes. M. le Dr Potain possède une gloire assez haute pour qu'il lui soit permis de commettre une faute, sans que le lustre de sa renommée en soit terni. Eh bien, ce jour là, il s'était autorisé une erreur d'interprétation regrettable. En concluant à un bruit de galop droit, il s'avançait beaucoup. *Le bruit de galop droit n'existe pas;* je n'en ai jamais vu. De même, on a beaucoup exagéré l'importance des accidents cardiaques consécutifs à des troubles gastro-intestinaux. Or, chez notre malade, il existait, sans doute, une dilatation de l'estomac avec clapotage, mais aucun trouble dyspeptique n'accompagnait le relâchement des tuniques gastriques. Du reste, l'importance de cette dilatation de l'estomac comme cause de troubles dyspeptiques a été singulièrement exagérée. Il existe des dilatations d'estomac sans dyspepsie et des dyspepsies sans dilatation d'estomac. Chercher toujours une dilatation stomacale derrière des troubles dyspeptiques, c'est s'exposer à des mécomptes.

Ici, la dilatation de l'estomac était absolument latente, la malade n'ayant jamais accusé un signe qui attirât l'attention de ce côté. Faire dépendre les troubles du cœur d'une altération dans les fonctions gastriques, c'était édifier un diagnostic sur une base fuyante et bien douteuse. Le traitement ordonné dans ce sens ne produisit du reste aucune amélioration. Quant à faire dépendre la syncope des désordres cardiaques, c'était une autre erreur; hors les cas de pouls lent permanent et de sténocardie, la syncope n'est pas un symptôme cardiaque. Elle indique le plus souvent un état nerveux, l'hystérie, non une lésion du myocarde. C'est un point sur lequel je me suis étendu, il y a peu de semaines.

L'erreur eût été évitée si le médecin se fût davantage souvenu de cette maxime de conduite : *il faut se méfier de l'arythmie de la cinquantaine.* Notre malade était une cardiopathe artérielle à type arythmique. Soumise au régime lacté et à la théobromine, elle alla mieux tout de suite alors que successivement et pendant des années les médications contre le cœur (digitale) avaient échoué, que les médications contre l'affection gastrique (benzonaphtol, alcalins) avaient échoué, et alors qu'avaient échoué aussi les remèdes dirigés vers la neurasthénie. On avait prescrit contre le soi-disant épuisement nerveux, du valérianate d'ammoniaque; c'est là un médicament surfait et qui ne donne pas les résultats espérés. J'aurais à ordonner un antinervin, je recourrais plutôt au lupulin (0 gr. 50 à 1 gr.) dont l'action sédative est beaucoup plus manifeste.

Par le traitement si simple que nous avons institué, qu'avons-nous produit physiologiquement?

Notre malade avait des palpitations, mais ces palpitations étaient liées à la vaso-constriction périphérique. Les petits vaisseaux étaient serrés, et ce spasme de leurs parois était amené par la présence dans le sang de principes vaso-constricteurs, des décharges d'acide urique ou des aliments riches en toxines absorbées pendant les dîners que cette dame acceptait en ville. Il existait de l'angiospasme périphérique et de l'hypertension artérielle qu'accusait le retentissement de l'aorte diastolique; le frein vasculaire était trop serré et le cœur, luttant pour vaincre l'obstacle manifestait son effort par la production de palpitations. La médication consistant à réduire l'obstacle, devait donc être hypotensive. Il fallait supprimer de l'alimentation le vin, les viandes, le café qui font de l'hypertension; la trinitrine était indiquée (trois fois par jour, trois gouttes de la solution au 1/100), le tétranitrol (3 comprimés de cinq milligr.), le céréus grandiflora à la dose de 10 gouttes d'extrait fluide trois fois par jour. Broadbent, pour remplir la même indication, s'adresse au calomel à petites doses. Je n'y vois pas d'inconvénient, à condition que les reins fonctionnent normalement; car, si un rein est touché, les accidents d'hydrargyrisme apparaissent trop aisément. Je préfère, quant à moi, prescrire le calomel à doses plus hautes, c'est-à-dire plus difficilement absorbables, et l'associer à la lactose qui est diurétique (0 gr. 50 de calomel, 0 gr. 50 de lactose).

L'histoire de cette malade témoigne de l'importance pour le clinicien, de classer les symptômes suivant leur degré de hiérarchie et de ne pas commettre d'erreur dans leur répartition. Elle nous apprend en outre à ne pas nous acharner après un symptôme irréductible.

On trouvait de l'arythmie cardiaque, mais il existe des arythmies qu'il ne faut pas espérer vaincre, comme celle de la cardio-sclérose, comme celle encore du rétrécissement mitral. Persistez dans vos tentatives; prescrivez de la digitale. Les accidents d'intoxication se produisent avant le soulagement.

Dans l'arythmie de la cardio-sclérose, ce n'est pas le cœur qu'il faut soigner, c'est le rein qui dans ces cas remplit mal ses fonctions d'élimination. La cardio-sclérose se complique d'ordinaire d'insuffisance

Digitized by Google

rénale. On la traite en s'occupant du rein, et mon interne, M. Bergouignan, imbu de ces idées, dans sa thèse prochaine sur le « traitement rénal des cardiopathies artérielles, voudra s'inspirer de cette maxime importante que je ne cesse de répéter : *Dans les cardiopathies artérielles, la maladie est au cœur et aux vaisseaux; le danger, au rein.*

Des faits comme celui que nous venons de relater, ont droit de nous donner espoir. La thérapeutique est en bonne voie. Est-ce à dire qu'elle ne nous réserve jamais que des exploits et que dès aujourd'hui nous ne commettrons jamais de fautes ? Je vais vous en signaler une que je compte à mon actif depuis quelques jours seulement.

Depuis deux ans, un jeune homme de 22 ans, était atteint de pleurésie purulente non tuberculeuse. Six thoracentèses avaient fourni à plusieurs semaines d'intervalle, chaque fois 1500 à 1800 gr. de sérosité louche. Je conseillai l'empyème qui fut pratiqué par Schwartz. Trois semaines se passent, pendant lesquelles l'état général est satisfaisant et remonte; la fièvre tombe, l'appétit revient. Puis, peu à peu, cette reprise de santé fléchit, les forces défaillent, des accès de fièvre reparaissent, les urines deviennent rares, concentrées, albumineuses... Que s'était-il passé? J'avais ordonné beaucoup de lait, parce qu'après ces pleurésies de longue durée, surviennent des décharges microbiennes, qui, s'éliminant par le rein, produisent de l'hyperfonctionnement rénal. En diluant les toxines microbiennes, le lait devait modérer l'irritation rénale.

La mère du malade, sans le vouloir, avait singulièrement aggravé le danger; car, bourrant son fils de viande et de vin, elle introduisait ainsi dans son organisme, des toxines et des irritants, qui par leur passage à travers le rein, renforçaient la fatigue du filtre survenue du fait des décharges microbiennes. M. Piatot, notre ancien interne, examine les urines. Que trouve-t-il ? De l'urobiline, indice des désordres fonctionnels du foie et de l'albumine, indice de l'atteinte rénale. Je me reproche de ne pas avoir assez insisté sur la diurèse. J'aurais dû prescrire à la fois des reconstituants du système nerveux, comme l'ovolécithine, mais associés à des diurétiques et solubilisants comme la théobromine et la lithine.

Nous avons cherché à réparer le mal. L'administration du lait, de la théobromine, des injections et des lavements de sérum ont eu pour effet d'ouvrir le rein, et nous avons la satisfaction de voir aujourd'hui en bonne voie cette néphrite par hyperfonctionnement du rein. En la combattant, nous avions atteint la maladie à son début, dans sa période fonctionnelle, avant que la lésion fût constituée.

Cette thérapeutique fonctionnelle est la véritable thérapeutique physiologique. Si la fonction fait l'organe, la maladie de la fonction fait la maladie de l'organe (Cl. Bernard). Je l'ai montré pour le cas précédent, dans cette néphrite par élimination de toxines microbiennes. Je pourrais le redire pour les néphrites saturnines, la néphrite des cardio-scléreux. Elles sont dues au surmenage des reins, en état d'hyperfonctionnement, ici, par le passage du plomb, et là par celui des toxines de nutrition, toujours si abondantes chez les cardio-scléreux.

Mon collègue et ami Albert Robin, dans ses belles recherches sur la fièvre typhoïde, qui datent de 1877 (1), plus tard dans ses leçons de thérapeutique médicale (2), que faisait-il dès cette époque, sinon de la thérapeutique fonctionnelle? Il décrivait le trouble de la fonction chez les typhiques. Celui-ci consiste, surtout dans les formes graves, en une diminution des oxydations et une rétention des déchets microbiens et de nutrition. Quel doit être le traitement ? Activer les oxydations ralenties, favoriser l'élimination des toxines accumulées. C'est à ce titre qu'agissent les lotions, les bains froids, qui par leurs effets sur les nerfs cutanés, stimulent tout l'organisme et en donnant un coup de fouet aux oxydations, solubilisent déjà les toxines ; c'est à ce titre aussi qu'on prescrira les boissons abondantes et les laitages qui solubilisent les principes toxiques, non plus par voie d'oxydation comme tout à l'heure, mais par voie de dissolution, les conduisent, ainsi solubilisés et noyés dans le liquide des boissons, jusqu'au filtre rénal par où ils s'éliminent. La thérapeutique de la fièvre typhoïde sera donc avant tout fonctionnelle.

Il en est de même pour la tuberculose. Des travaux récents ont laissé bien loin derrière eux tous les efforts tentés dans ces dernières années. On n'avait jusqu'aujourd'hui pu opposer autre chose à la phtisie qu'une lutte contre le bacille et cette lutte avait été engagée d'une façon bizarre. Le bacille de Koch, on le poursuivait, on le traquait avec un remède énergique? Non pas; une ligue, deux ligues, beaucoup de ligues, avec des présidents, des sous-présidents et des secrétaires, sont entrées en campagne, décoratives et résolues. Tels, des croisés modernes, dont les Pierre l'Ermite seraient membres de l'Institut. Peu sensible aux honneurs, le bacille n'a pas daigné se laisser émouvoir. En dépit des titres de ses adversaires, il n'en a pas moins continué, comme si de rien n'était, son œuvre de destruction. Tellement il est vrai que de sa nature, le bacille de Koch est un être parfaitement impertinent et insensible aux honneurs !

C'est alors que M. Albert Robin avec son élève

(1) *Société de Biologie*, 1877.
(2) *Leçons de clinique et thérapeutique médicales*. Paris 1887.

Digitized by Google

Binet ont prouvé que dans la thérapeutique de la tuberculose, il ne convenait pas de s'adresser au bacille, mais qu'il fallait s'en prendre au terrain. La phtisie se traduit par des troubles de consomption, comme l'avaient si bien vu les anciens. Elle produit une consommation trop forte d'oxygène, elle élimine trop d'acide carbonique. Il est donc indiqué de traiter les phtisiques, non par des toniques et des stimulants capables d'exagèrer les combustions respiratoires déjà trop actives, mais par des médicaments qui restreignent la consommation d'oxygène et arrêtent les combustions exagérées. Tels, l'huile de foie de morue et les arsenicaux. Par cette médication, le vice de nutrition primordial étant combattu, le terrain sera modifié dans un sens favorable. Il deviendra infertile, le bacille de Koch s'y développera moins facilement.

Cette issue heureuse est surtout possible tout au début du mal, dans la période prétuberculeuse. Car, l'augmentation des combustions respiratoires n'est pas seulement un trouble de la maladie constituée. Il se retrouve dans la prédisposition même à la tuberculose, et les fils de phtisiques le présentent souvent. En le combattant dès son apparition, en modifiant le terrain dès ses premières déviations et en le ramenant au mode de nutrition normale, on évitera souvent le fléau et bien plus sûrement à coup sûr qu'avec toutes les ligues et les brillants états-majors antimicrobiens organisés et empanachés dans ce but.

De même qu'il faut considérer les prétuberculeux, de même il convient de soigner les préscléreux. Le premier stade de l'artério-sclérose réside tout entier dans l'hypertension artérielle : les malades sont pâles, essoufflés, on les prend pour des anémiques. Ce ne sont que des artério-scléreux au début ; les artères ne sont encore que contractées (période pré-artérielle), demain elle seront atteintes d'entartérite, endartérite des vaisseaux de la périphérie, des viscères, du myocarde (période cardio-artérielle). Après-demain, ce sera le tour des cavités cardiaques et des orifices auriculo-ventriculaires; ils se dilateront, d'où à la longue diminution de la tension artérielle avec augmentation de la tenslon veineuse (période mitro-artérielle).

N'attendez pas que la lésion ait fait son œuvre, combattez le spasme artériel par un régime convenable, ce régime lacto-végétarien si puissant dans l'espèce, qui assure de bonne heure et toujours le fonctionnement rénal. Vos malades échapperont souvent au cycle fatal s'ils se précautionnent dès la première heure.

Cette thérapeutique fonctionnelle, telle que je viens de l'esquisser devant vous, est la thérapeutique de l'avenir. Elle n'attend pas que le mal soit fait ; elle sait prévoir, reconnaître le terrain tuberculeux, ou préscléreux. Elle agit à la façon de l'agriculteur qui sait qu'une graine fructifie dans un terrain, non dans un autre. Une plante parasite, la cuscute, ravage les treilles et les luzernes. Que croyez-vous que fait l'agriculteur ? Arracher la cuscute, ce ne lui est d'aucun profit. La cuscute repousse. Le seul moyen d'empêcher la repullulation de la malfaisante plante c'est de fumer fortement le terrain. Un sol gras et fécond produit des trèfles et des luzernes robustes. La cuscute ne s'y attaque plus. Prenons modèle sur l'agriculteur.

La thérapeutique fonctionnelle est œuvre de clinicien ; elle met en éveil ses facultés d'observation et de vigilance ; elle est œuvre de physiologiste, car elle nécessite une double connaissance, la physiologie du malade, celle du médicament ; elle est œuvre humanitaire, car elle prévient le mal et guérit souvent. Sans doute, cette thérapeutique fonctionnelle n'est pas du goût de tout le monde, ni de quelques grands savants qui ne peuvent concevoir une maladie sans lésion. Mais, ne soyez pas de ceux dont J.-J. Rousseau disait : « Ces médecins pleins de science sont quelquefois dépourvus de sens. »

La thérapeutique sera physiologique ou elle ne sera pas, je le répète encore ; car la physiologie seule nous donne la clef de cette thérapeutique fonctionnelle qui sera l'œuvre de demain. Sans doute, la physiologie ne nous éclairera pas toujours : il y a des choses que nous ne connaissons pas encore, et ce que nous savons souffre de ce que nous ne savons pas. Les inconnues ne doivent pas nous décourager. La volonté persévérante et l'ardeur aidant, nous les percerons à jour peu à peu. L'Ecole ne nous aide qu'à moitié dans cette tâche. L'enseignement de la clinique thérapeutique n'y existe pas. Il ne faut accuser de cette lacune que la modicité des ressources et la pauvreté du budget dont elle dispose. Quant à nous, nous continuerons à faire de notre mieux. Un désir unique nous dirige: c'est de ne pas faire de la médecine une « longue méditation sur la mort ». Grâce à la thérapeutique fonctionnelle et physiologique, elle doit être et sera une belle méditation sur la vie.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

L'Affaire Danval

L'affaire Danval remue l'opinion. Le fait est qu'il y a de quoi. Voilà vingt-quatre ans que Danval a été condamné sur des preuves fuyantes, qu'un expert du nom de Bergeron s'est plu à présenter comme étant solidement arrêtées. Il s'agissait d'un empoisonnement douteux par l'arsenic. L'empoisonnement est certain affirma Bergeron. Et Danval fut envoyé aux travaux forcés. Il y est depuis 1878. En

Digitized by Google

1902, on se demande s'il mérite d'y être. La question vient un peu tard. On aurait mieux fait de la poser, non pas même seulement avant la condamnation, mais déjà lors du renvoi du malheureux Danval devant la Cour d'assises.

Si le rôle de l'expert s'est montré lamentable dans l'espèce, et il est bien heureux qu'aujourd'hui la sélection des experts s'opère avec un choix mieux renseigné, il est d'autre part difficile de nier que quelqu'un, dès le début de cette affaire, a fait preuve d'une légèreté tout aussi indigne : c'est le juge d'instruction. A ce propos, il y aurait beaucoup à dire.

Depuis vingt-quatre ans, les expertises médico légales ont été conduites par des hommes d'un mérite indiscuté ; en présence de preuves incomplètes ils ont le courage de formuler un doute ; ils n'éprouvent pas le besoin d'impressionner un jury par l'affirmation impérative et absolue. Connaissant les causes d'erreur et combien sont sujets à interprétations diverses, les résultats d'une expertise, ils formulent une conclusion simple, sincère, pas assez ferme souvent aux yeux de l'accusation, mais guidée par le seul souci d'une équité rigoureuse et de la vérité. Les experts devant les assises sont à hauteur de leur mission : une conscience très haute inspire le rôle d'éclaireur et de conseiller que leur confie la justice.

Seulement, s'il n'y a rien à reprocher aux médecins, s'ils ont travaillé, si par un effort persévérant ils sont parvenus à la compétence requise, il en est tout autrement des juges d'instruction. A part quelques individualités très clairsemées, et que leur esprit d'indépendance tient emprisonnées dans des postes subalternes, il faut bien le reconnaître, le juge d'instruction, c'est son moindre souci de se tenir au courant et de comprendre Que lui importent les travaux de psychologie criminelle ; possède-t-il seulement quelques points de repère à l'effet de dépister la valeur morale de l'homme, et dans quelle mesure, étant données ses conditions d'hérédité, d'éducation et de milieu, celui-ci possède la faculté de résister aux impulsions qui l'assiègent ? Ignorant habituel de la psychologie, est-il au moins mieux muni dans ses connaissances de médecine légale ? Il ne s'agit pas seulement, en effet, de pénétrer l'âme du prévenu, il convient aussi d'avoir quelques notions sur les caractères du crime et de quelles obscurités, quand une accusation d'empoisonnement se pose, une recherche médico-légale est susceptible. Le juge d'instruction a-t-il pris la peine de parfaire cette double instruction qu'on est en droit d'exiger de sa part? D'abord l'étude psychologique de l'homme et ensuite l'étude de la médecine légale. Poser la question, c'est la résoudre.

Un juge d'instruction, du jour au lendemain, est promu à son poste, sans que nul se soit soucié du degré de compétence qu'il apportera à l'exercice de ses fonctions. Le magistrat qui va décider de la liberté de ses semblables en vertu de quel droit, de quel mérite particulier, estime-t-on qu'il sera apte à remplir sa charge ? On a lu la pièce de Brieux. Elle représente malheureusement l'expression de la vérité tellement criante, qu'il a suffi à l'auteur dramatique d'exposer les faits, tels qu'ils se passent journellement sous nos yeux, sans qu'il ait été tenu de les amplifier le moins du monde. Le grossissement de l'optique théâtrale, il n'a pas eu besoin d'y recourir. La transposition de la réalité toute sèche lui a suffi. Cette réalité, par sa nature, était monstrueuse du premier coup. Le juge d'instruction ne songe qu'à une chose : son avancement. Qu'importe qu'il soit au dessous de sa tâche? Il suffit qu'il soit en faveur au Ministère. Si dans le cours de sa carrière, il a détenu et fait condamner des innocents, cette absence de perspicacité et de cœur de sa part ne lui vaudra pas un ennui. Au contraire, il aura montré la vigueur et l'activité qui inspirent les jugements de son tribunal. Un innocent de ci, de là, ce n'est pas une affaire. Au bagne, les honnêtes gens, pourvu qu'on conserve la confiance de son député ! Voilà ce qui s'appelle parler. Quand il s'exprime avec une énergie si catégorique, comment le juge d'instruction moisirait-il longtemps dans sa sous-préfecture ? Il montera haut, soyez-en convaincus.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Les relations de la musculature cardiaque et de la musculature striée. — Hirsch a étudié le rapport entre le poids du cœur débarrassé de sa graisse et entre le poids du corps. Il a constaté que seule la masse des muscles striés déterminait le poids du myocarde. Chez les obèses le poids du myocarde est en général au-dessous de la moyenne : il ne pèse parfois que 270 gr. au lieu de 375 grammes. Chez les sujets qui maigrissent lentement, le cœur perd de son poids également, tandis qu'il le conserve longtemps si l'amaigrissement est rapide. La théorie de Bencke d'après laquelle le cœur du phtisique serait primitivement petit, ne serait pas juste *(Deutsch. Archiv. f. Klin. Med. 1901)*.

Des examens de plusieurs femmes enceintes semblent prouver que la quantité plus grande de sang ne fait pas augmenter le poids du myocarde. Dans l'artériosclérose le ventricule gauche ne serait hypertrophié que quand les vaisseaux abdominaux seraient malades. Dans la néphrite interstitielle l'hypertrophie des deux ventricules serait plus fréquente que celle du ventricule gauche seul. Dans le rétrécissement mitral pur, le ventricule gauche ne serait pas hypertrophié, tandis que dans l'emphysème, dans les adhérences pleurales, dans les gibbosités sa masse serait augmentée. — Bd.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Pansement des loupes du cuir chevelu. — Après lavage des parties et pulvérisation au chlorure d'éthyle, M. le Dr Lucas-Championnière, ayant opéré par transfixion, la lame du bistouri dirigée en haut et amené la coque de la loupe à l'aide de la soude cannelée, panse à la gaze antiseptique. Comme un bandage de tête pour maintenir la gaze serait trop encombrant, de nombreux praticiens fixent celle-ci à l'aide de collodion. M. le Dr Lucas-Championnière préfère une solution de cellulose dans l'acétone. Ce liquide, appelé kollasine, est plus souple que le collodion et s'étend mieux.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

NOUVEAUX REMÈDES

L'euquinine.

On sait combien il est difficile de faire absorber de la quinine aux enfants. La saveur amère du remède le rend impossible à prendre. La forme de cachets, qui permet de masquer le goût de la quinine, n'est pas applicable à la médecine infantile. Les enfants n'avalent pas de cachets ; même ennui pour les pilules. C'est toute une affaire de faire absorber une pilule à un enfant de 3 à 4 ans. Les suppositoires sont parfois mal tolérés ; le petit malade ne les garde pas ; il les rejette avant qu'ils soient fondus. Que faire en pareil cas? Le praticien juge la quinine nécessaire; potions, cachets, pilules, suppositoires, aucune forme médicamenteuse n'est acceptée. Il reste sans doute la ressource des injections hypodermiques ; mais cela effraie la famille, cela risque d'agiter l'enfant; c'est toute une affaire. Mieux vaut ne pas recourir à cette extrémité. Quand le praticien voudra prescrire de la quinine et que le petit malade la refuse, ce qui est habituel, il songera pour la remplacer, à un produit voisin qui est l'éther éthylarbonique de la quinine et qu'on appelle *l'euquinine*. *L'euquinine* se montre sous forme de fines aiguilles blanches, solubles dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, difficilement solubles dans l'eau. Le produit possède une saveur amère très légère qui disparaît quand il est mêlé au sucre, au lait, aux potages, au cacao. Bardet considère l'euquinine comme le remède antimalarique par excellence (*Nouveaux remèdes*, 1901, p. 69) ; une dose de 1 gr. à 1 gr. 5 suffit souvent pour juguler les accès. Son action, comme antithermique, a fourni des preuves dans les autres pyrexies. Il semble qu'une dose un peu plus forte que la quinine soit nécessaire. 1 gr. 50 à 2 gr. d'euquinine correspondent comme effet à 1 gr. de sel de quinine soluble. Le remède a été administré avec les mêmes résultats que la quinine, dans la fièvre hectique des tuberculeux, dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde. L'euquinine offre d'autres avantages encore que son insipidité. Le médicament n'est pas toxique, ne produit ni troubles dyspeptiques ou encéphaliques. Il a été prescrit avec succès dans la coqueluche. La grippe infantile s'en trouvera bien. On signale même des succès dans la chlorose et l'anémie, le remède paraissant avoir en outre une action hématopoiétique. Il suffit au praticien qu'il puisse l'utiliser dans les pyrexies infantiles. La dose pour les enfants sera de 0 gr. 10 à 0 gr. 15, qu'on pourra répéter plusieurs fois par jour. Le bouillon, le lait, le cacao la soupe, le sirop de fruits, autant de véhicules qui recevront le remède. La dose pour adultes sera en cachets de 0,25 à 1 gr. — 2 à 3 fois par jour.

On pourra formuler :

Euquinine	2 grammes
Alcool p. dis.....	q. s.
Sirop de groseilles.....	100 grammes

3 cuillerées à café par jour à un enfant de 3 à 4 ans.
La potion entière pourra être absorbée par un adulte.

M. Gillet préscrit l'euquinine dans son dispensaire des Enfants-Malades depuis 2 à 3 ans et s'en trouve bien. M. le Dr Rocas l'ordonne à des doses un peu supérieures à celles que nous avons indiquées (0gr.10 à 0 gr. 15, et même 0 gr. 20, par année d'âge).- S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

L'état nerveux chez les dyspeptiques. — Les relations étroites qui relient l'estomac et le cerveau sont connues depuis qu'il existe une médecine. Les anciens les avaient signalées; le cerveau commande l'estomac, l'estomac réagit sur le cerveau. De là la fréquence des dyspepsies, réveillées par les excitations et les préoccupations du cerveau quand elles ne le sont pas par l'effet direct d'une irritation gastrique. Une double cause est à la racine des dyspepsies : une cause stomacale, une cause nerveuse. Cette dernière est très importante. M. Henri Dreyfous vient d'en faire l'objet d'un travail intéressant (*Th. Nancy*, 1902), conçu sous les auspices de M. le Pr Bernheim (de Nancy). Pour l'auteur, les troubles dyspeptiques ne se développent que si le terrain s'y prête par sa tare névropathique. La lésion peut exister sans entraîner de dyspepsie. Celle-ci ne se manifeste qu'autant que le nervosisme du sujet le rend apte à percevoir les sensations de son estomac, le nervosisme pouvant être d'origine héréditaire, ou déterminé simplement par des habitudes alcooliques chez les prédisposés. Il n'est pas nécessaire que l'excitation stomacale soit intense, ni qu'elle se répète pour engendrer des troubles durables. Qu'elle ait agi une première fois, cela pourra suffire. Les phénomènes ultérieurs se reproduiront par une de ces auto-suggestions si fréquentes chez les névropathes. Un trouble dans le fonctionnement de l'estomac, fût-il unique, peut suffire à amener dans le cerveau l'idée d'une altération réelle de cet organe. Le malade souffrira dans ses digestions, parce que l'idée de la souffrance sera en lui. Cette idée, comme

Digitized by Google

le fait remarquer M. Bernheim, sera souvent inconsciente, mais de cette inconscience même elle tirera sa ténacité.

La cause première de la dyspepsie sera donc l'irritabilité stomacale préparée par l'état nerveux du sujet. Celle-ci pourra être provoquée par une excitation stomacale directe (alcoolisme, médicaments irritants, excès alimentaires); ou bien indirecte, l'excitation venant à l'estomac d'un autre organe en état de souffrance (affections de l'intestin, du foie, des reins, de l'utérus, chlorose, etc.). Cette théorie de l'irritabilité en maintes circonstances semble plus satisfaisante que celle de l'auto-intoxication invoquée en pareil cas.

Les troubles dyspeptiques, dans les affections inorganiques, se rapportent localement à des altérations de la sensibilité, de la motilité, de la sécrétion. Dans les affections non organiques, il peut exister une hyperesthésie douloureuse de l'estomac, phénomène souvent suggestif, entretenu par l'imagination du malade. Cette hyperesthésie de l'estomac s'accompagne, en effet, souvent d'une hyperesthésie à la pression du creux épigastrique. M. Bernheim fait varier celle-ci à son gré, tantôt la provoquant, la faisant disparaître ou la changeant simplement de place. M. Dreyfous cite plusieurs exemples de malades où cette hyperesthésie de l'estomac avait entraîné une intolérance de l'organe avec crises douloureuses et vomissements réflexes. Quelques séances de suggestion, une seule chez une malade, ont suffi pour permettre l'alimentation et arrêter la douleur. Ce n'est pas à l'hyperacidité qu'il faut attribuer la douleur dans ces cas (les malades étaient cependant hyperchlorhydriques), car, sans avoir rien fait contre cette acidité, la sédation des douleurs s'est montrée immédiate. Les autres sensations accusées par les dyspeptiques : sensations de pesanteur, avec irradiations douloureuses diffuses, telles qu'on les rencontre dans l'atonie gastrique, cèdent aussi rapidement que la douleur locale, devant l'emploi de la suggestion. Jusqu'à l'appétit, qui est ramené par cette méthode; presque tous les malades qui souffrent de l'estomac mangent peu ou point; ils restreignent leur alimentation par crainte des souffrances. L'appétit revient rapidement chez ces malades, une fois que la suggestion les a rassurés sur leur état gastrique et leur a enlevé cette appréhension de la douleur.

Les troubles de la motilité : vomissements, crampes douloureuses, spasmes de l'œsophage et du cardia, éructations à répétition, spasmes pyloriques ne sont point rares. Ces troubles peuvent céder à la suggestion; les vomissements, en particulier, sont en effet souvent liés à la douleur ou font suite à des secousses et émotions morales. En supprimant la douleur, en calmant le système nerveux, la suggestion rétablit l'équilibre. Les vomissements cessent, et cela, non pas seulement dans l'hystérie gastrique. D'après l'auteur, il n'y a, du reste, pas d'hystérie gastrique proprement dite, il y a des troubles gastriques survenant chez les hystériques, mais c'est en tant que névropathes. Pareilles manifestations se peuvent montrer chez tout individu qui, sans être hystérique, présente un système nerveux irritable.

Dans les troubles de sécrétion, hyperchlohydrie, hypochlorhydrie, chimisme variable, le système nerveux est également en cause. Sans doute les crises douloureuses de l'hyperchlorhydrie sont en relation avec un excès d'HCL, mais, d'autre part, cet excès se retrouve chez des individus bien portants, et ils n'en souffrent pas. Il faut donc, chez les malades qui souffrent, un autre élément en cause, et cet élément n'est autre que l'irritabilité et la susceptibilité particulière des individus. La suggestion en pareil cas ne modifie pas l'état de la sécrétion gastrique, mais elle arrive à changer l'irritabilité nerveuse du sujet.

De même, l'hypochlorhydrie peut, certes, troubler l'évolution de la digestion, mais ici encore les troubles subjectifs dont se plaignent les malades, ont un fond purement nerveux. Les agents médicamenteux sont aptes à faire disparaître ces troubles, mais ceux-ci persistent souvent, alors que le chimisme paraît redevenu normal. Aussi, au point de vue thérapeutique, convient-il de s'adresser à l'état nerveux du sujet pour obtenir des résultats vraiment appréciables. M. Dreyfous a, en effet, maintes fois analysé le suc gastrique de ses malades; il a constaté la parfaite indifférence du type chimique par rapport aux troubles subjectifs des malades. Constamment il a orienté son intervention dans le sens de la névropathie, et ce faisant, a obtenu d'excellents résultats.

Quand les affections organiques sont en jeu, la même influence nerveuse se retrouve. L'atonie stomacale avec dilatation et stase alimentaire se produit fréquemment à la suite d'incidents ayant retenti sur le système nerveux; d'autre part, de même qu'il existe des hyperchlorhydriques qui n'ont jamais ressenti aucun trouble, on peut rencontrer des individus absolument normaux dans leurs digestions, et dont l'estomac clapote cependant à des degrés variés. Ces individus ne souffrent pas, ne se plaignent pas. Ils ne sont pas dyspeptiques. C'est l'élément nerveux qui, chez eux, fait défaut : ce qui leur manque, c'est la part de subjectivité et d'auto-suggestion. Donnons à ces malades une prédisposition névropathique quelconque, ils souffriront de leur estomac. La dyspepsie une fois instituée sera justiciable du traitement suggestif. M. Dreyfous, par la suggestion, a obtenu la disparition immédiate des phénomènes douloureux,

Digitized by Google

des nausées, le retour de l'appétit, la cessation des phénomènes généraux de soi-disant auto-intoxication. Et pourtant l'atonie persiste, voire la dilatation. Les modifications du chimisme ne subissent aucune variation.

Bien que liées à des altérations anatomiques évidentes, la douleur et l'intolérance gastrique de l'ulcère rond sont susceptibles de rétrocéder à la suite de la suggestion. C'est donc qu'à la lésion réelle, s'étaient ajoutés, chez ces malades, des phénomènes propres à leur tempérament nerveux. Dans les cas de spasme pylorique avec stase alimentaire et hypersécrétion continue du suc gastrique, la gastro-entérostomie donne de bons résultats, mais le chimisme stomacal n'en est pas modifié, la stase même persiste jusqu'à un certain point. M. Dreyfous se demande si l'opération elle-même n'agit pas par une puissante action suggestive et si, dès lors, la suggestion ordinaire ne suffirait point.

Dans le cancer, le tabes, sur le fonds organique peuvent se greffer des phénomènes de névropathie pure. La suggestion viendra à bout de ces derniers. Ce n'est pas à dire que les autres moyens de traitement doivent être abandonnés ; ceux-ci sont capables d'agir directement sur l'état gastrique et de faire disparaître, au moins momentanément, les causes qui mettent en jeu l'instabilité nerveuse excessive des malades. D'ailleurs, les médicaments n'ont-ils pas déjà par eux-mêmes, une vertu suggestive ? A ce titre aussi, ils font du bien.

Le travail de M. Dreyfous nous rapporte les idées de M. le Pr Bernheim. Etant originales et curieuses et d'une application pratique journalière, nous n'avons pas craint d'en parler longuement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La cocaïne lombaire en chirurgie. — Depuis la découverte de Corning, de New-York, les travaux se sont multipliés sur l'emploi de la cocaïne en injection sous-arachnoïdienne. Des méthodes nombreuses ont été proposées, chacune d'elles présentant des avantages particuliers : Voici quelle est la technique adoptée par M. Chaput d'après la thèse de Bordenave (Paris 1901) :

L'instrumentation comprend une seringue de 3 à 5 centimètres cubes, ce qui permet de faire l'injection en une seule fois, l'aiguille de Tuffier en acier mesurant 9 centimètres de long, 11 dixièmes de millimètre comme diamètre intérieur.

Depuis les communications de M. Guinard, on emploie une solution concentrée de chlorhydrate de cocaïne, à 1 centigramme pour une goutte, que l'on prépare ainsi : On stérilise à l'étuve sèche un flacon compte-goutte terminé par un tube bien calibré, c'est-à-dire dont le diamètre extérieur est de 3 millimètres et muni d'un entonnoir contenant une petite boulette de coton hydrophile ; on en fait la tare. On dépose alors sur le coton exactement 2 grammes de chlorhydrate de cocaïne sur lesquels on fait tomber lentement de l'eau distillée jusqu'à ce que le poids ait atteint 12 grammes, 2 grammes environ étant retenus par le coton hydrophile. On obtient ainsi exactement 10 centimètres cubes d'une solution dont une goutte représente 1 centigramme. La position du malade est la position horizontale, décubitus latéral en chien de fusil. On ponctionnera du côté qui repose sur le lit, pour que le liquide s'écoule plus aisément. Le point de traversée de la peau sera fixé à 1 centimètre en dehors et au-dessus de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire qui est croisée à son bord inférieur par la ligne transversale bicrête-iliaque. L'aiguille cheminant obliquement en haut et en dedans traverse avec un ressaut le ligament jaune et pénètre dans l'espace sous-arachnoïdien. Le liquide céphalo-rachidien, clair, limpide, s'écoule spontanément; on en recueille dans un verre stérilisé le nombre de centimètres cubes, plus un, correspondant au nombre de centigrammes de cocaïne que l'on veut injecter (2 centigrammes en moyenne). On mélange intimement dans le verre le liquide céphalo-rachidien avec les gouttes de la solution mère de cocaïne ; puis, reprenant avec la seringue la quantité déterminée de la solution, on l'injecte dans l'espace sous-arachnoïdien.

Telle est la technique de la ponction, mais elle est précédée et suivie de diverses précautions :

1° Avant la ponction : le malade est à jeun depuis un minimum de 15 heures ; une heure avant l'opération, on lui administre une potion de Todd (employée comme tonique et devant contribuer à la congestion de la face) contenant XXV gouttes de teinture de digitale pour augmenter la force du pouls, et 20 grammes de sirop de morphine calmant l'angoisse et la dyspnée cocaïniques ; immédiatement avant l'opération, on passe autour du cou du malade un lien élastique, par exemple un simple tube en caoutchouc retenu à ses extrémités par une pince hémostatique, afin de produire une assez forte congestion de la face.

2° Après la ponction, on fait de suite une injection hypodermique de 500 centimètres cubes de sérum artificiel. Si le pouls devient irrégulier : injection sous-cutanée de 0.20 à 0,40 centigrammes de caféine; en cas d'étouffements : inhalations d'oxygène ; s'il se produit une forte excitation cérébrale : injection de 0,01 centigramme de morphine.

Enfin, il peut se produire quelques difficultés opératoires : mauvaise direction de l'aiguille qui vient buter sur une lame et doit être reportée ou plus haut

Digitized by Google

ou plus bas ; ossification des ligaments jaunes nécessitant la traversée d'un autre espace ; l'aiguille a fait emporte-pièce ; il suffira pour la déboucher d'introduire le mandrin en fil d'argent ; ponction d'une veine rachidienne pouvant forcer à une nouvelle ponction ; absence de confluent arachnoïdien provoquant le choix de l'espace entre la 2e et la 3e lombaires ; déplacement de la canule ; introduction de quelques franges pie-mériennes dans le biseau de la canule.

Voici les résultats succinctement exposés :

Une dose de 1 centigramme et demi est suffisante pour amener une analgésie qui remonte des pieds jusqu'au niveau de la crête iliaque, rarement elle permet l'analgésie jusqu'au mamelon ; exceptionnellement des analgésies généralisées. Même avec une dose de 4 centigrammes, on n'est jamais absolument certain qu'on aura une analgésie des membres supérieurs. L'analgésie s'étend aussi bien aux parties profondes qu'aux parties superficielles. Sa durée moyenne avec la dose de 1 centigramme et demi, est de 55 minutes.

Avec la technique ci-dessus décrite, les symptômes graves n'existent pas : la pâleur devient de plus en plus rare ; s'il est vrai que les nausées augmentent de fréquence, d'autre part, les vomissements diminuent notablement (14 0/0 au lieu de 50 0/0, chiffre des premières périodes). Pour les opérations extra-péritonéales et à condition de ne pas dépasser le membre supérieur, le chirurgien peut agir en toute sécurité. Pour les opérations intra-péritonéales, l'analgésie cocaïnique n'est indiquée que si on a une grande habitude de la chirurgie abdominale, car on est souvent incommodé par les contractions brusques du diaphragme. L'âge des malades a varié de 16 à 75 ans. Il ne faut pas employer la méthode chez les hystériques qui, à la simple sensation de contact, accusent des douleurs et peuvent ainsi gêner l'opération. Les affections pulmonaires, cardiaques, rénales et hépatiques, la vieillesse, la cachexie ne semblent pas être par elles-mêmes des contre-indications. — R.B.

OTOLOGIE

Les complications graves des otites moyennes. — D'après le Dr Barbarin (Th. Paris, 1902) les complications mastoïdiennes et intracrâniennes des otites, s'observent plus fréquemment dans les otites chroniques que dans les otites aiguës. La nature du pus ne semble pas avoir une grande part dans leur apparition ; il faut attacher une importance beaucoup plus grande aux conditions anatomiques qui favorisent la rétention et la propagation de ce pus.

La tuberculose du rocher est moins fréquente qu'on ne le croyait autrefois ; l'inoculation des produits de suppuration montre que 10 pour 100 seulement des cas d'otite chronique sont tuberculeux.

L'apophyse mastoïde offre rarement le type pneumatique ou le type scléreux pur. L'apophyse pneumatique contient des cellules nettement organisées en deux groupes décrits par Schwatze et Exsell : un groupe antérieur et supérieur en dehors de l'antre, un groupe postérieur et inférieur plus développé au-dessous et en arrière de l'antre. Entre ces deux groupes subsiste toujours chez l'enfant, souvent chez l'adulte, une lame osseuse, trace de la suture pétro-squameuse. Cette lame doit avoir un rôle important dans la formation de la mastoïde telle qu'elle existe chez l'adulte.

Les lésions osseuses constantes dans l'otite chronique, d'abord localisées aux parois de la caisse, de l'aditus et de l'antre, se propagent ensuite par les cellules mastoïdiennes, en dehors vers la peau, en avant vers le conduit, en bas vers le cou, en haut vers la fosse temporale, en arrière vers le sinus latéral et la fosse cérébelleuse.

Ces lésions sont bien différentes suivant les cas, et consistent en carie simple, séquestration, éburnation de l'apophyse. Le cholestéatome est le plus souvent un produit de suppuration.

L'infection se propage, soit par contiguité, soit par voie lymphatique, le long des gaines des vaisseaux ou des nerfs, soit directement par voie veineuse. Elle peut déterminer un abcès sous-dural, une méningite généralisée ou localisée, une phlébite du sinus, un abcès du cerveau, un abcès du cervelet. La propagation par contiguité est la plus fréquente, et dans la thrombo-phébite du sinus on trouve presque toujours des lésions anciennes de la gouttière sigmoïde.

Il est généralement facile de faire le diagnostic des lésions mastoïdiennes ; les lésions intracrâniennes sont plus difficiles à reconnaître : 9 fois sur 10 il existera des signes de compression ou d'irritation cérébrale insuffisants pour localiser l'affection.

Le traitement, basé sur cette incertitude même, sauf dans les cas peu fréquents de diagnostic certain, s'adressera d'abord à la lésion mastoïdienne et secondairement à la lésion intracrânienne. L'intervention sur la mastoïde pour être efficace doit être complète.

L'opération radicale de Zanfal est la méthode de choix. L'ouverture des collections intracrâniennes par la mastoïde, presque toujours possible, ouvre, quoi qu'on en dise, une brèche suffisante pour voir et opérer. C'est seulement dans le cas d'abcès du cervelet siégeant en arrière du sinus que la mastoïdo-

Digitized by Google

crâniectomie de Picqué et Mauclaire est à recommander.

L'opération radicale sur la mastoïde agit non seulement en amenant la guérison d'une lésion locale très ancienne, mais en modifiant heureusement l'état général chez l'enfant. Le traitement des complications intracrâniennes, à mesure qu'il devient moins timide, devient aussi plus efficace. Il faudra donc y recourir rapidement, même dans les cas qui semblent désespérés et où l'intervention amène quelquefois une véritable résurrection. — J.-H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'iodure d'arsenic dans la bronchite des enfants. — A côté de la bronchite aiguë simple et de l'asthme il existe, suivant M. Saint-Philippe (Revue des maladies de l'enfance, juillet 1901) chez les enfants rachitiques, lymphatiques ou scrofuleux, une bronchite emphysémateuse. Un enfant est pris d'une phlegmasie plus ou moins sévère des bronches ; l'expiration est bruyante, il y a des râles sonores aux deux temps de la respiration, de la dyspnée, du cornage. On dirait une crise d'asthme, s'il n'y avait dès le début des signes de bronchite ; en outre la dyspnée n'est jamais aussi intense que dans l'asthme.

Ces bronchites sont des bronchites infectieuses, consécutives à la grippe, à la rougeole, à la coqueluche, où à une infection innominée, qui évoluent sur un terrain lymphatique ou scrofuleux ; c'est le terrain particulier, défavorable à la guérison, qui entraîne la chronicité de la maladie.

Le traitement doit donc s'adresser surtout au terrain pour le modifier, pour activer la nutrition et changer la constitution des humeurs de l'organisme.

L'huile de foie de morue est un excellent médicament très employé dans ce but ; malheureusement les enfants ne peuvent pas toujours la suppporter.

L'iodure de potassium très irritant, très désagréable, est aussi difficile à faire accepter. L'iodure d'arsenic est, d'après M. Saint-Philippe, le meilleur et le plus puissant des médicaments à employer dans ce but. Mélangé aux aliments, il est facilement digéré et bien supporté, n'ayant presque pas de goût. On le fait prendre aux repas dans le premier verre de vin ou d'eau, ou bien dans du lait. On prescrit :

Iodure d'arsenic.....	30 centigr.
Eau distillée.....	30 grammes

Faire dissoudre à froid.

Débuter par cinq gouttes à chaque repas, augmenter d'une goutte matin et soir, et arriver progressivement à quinze et même vingt gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ un mois. Redescendre en sens inverse, en suivant les mêmes proportions, jusqu'à cinq gouttes.

Se reposer huit à dix jours et recommencer comme avant.

HYGIÈNE

L'influence de l'électricité sur les ouvriers électriciens. — L'importance croissante de l'électricité dans l'industrie justifie amplement les recherches du Dr Jellinek, élève du Pr Schroetter. Il a étendu ses investigations sur de nombreux ouvriers jeunes et vigoureux, dépourvus de tares constitutionnelles et d'intoxications, vivant dans le champ magnétique des dynamos, des câbles conducteurs, du tableau de distribution des grandes usines viennoises. La tension artérielle de ces gens est normale ; néanmoins ils présentent une calcification prématurée des artères temporales et radiales, sans modification des bruits du cœur révélatrice de l'artériosclérose. Quelques hommes prétendaient ressentir des poussées congestives vers la tête, non seulement après les repas, mais à n'importe quelle heure du jour, même le matin au réveil : ceux-ci, comme leurs camarades, avaient des tensions artérielles normales, de 11 à 13.

La tension s'élevait régulièrement quand un de ces hommes laissait passer à travers son corps un courant constant de 50 à 100 volts ; elle montait, par exemple, de 10 à 12 ou 13. Plus la tension artérielle était basse avant le passage du courant, plus elle s'élevait sous son action, par exemple, de 9 à 13 et même à 15. Si le sujet avait une hypertension de 14 avant le passage du courant, il gardait le même chiffre pendant l'expérience. Rarement la fréquence du pouls augmentait un peu.

Le courant interrompu était moins bien toléré : il amenait un abaissement de la tension de 11 ou de 12 à 8 et à 7 cm. ; une fois même de 10 à 6 cm. avec une fréquence de 130 pulsations par minute. Un ouvrier isolé mis en contact avec un courant à haute tension (300 à 500 volts) pendant une fraction de seconde présentait d'habitude aussi un abaissement de la tension.

Ces expériences sont très concluantes, car ces ouvriers sont très habitués aux décharges électriques, et ils se prêtent sans la moindre émotion à des expériences de ce genre. Si on veut les reproduire sur une personne non familiarisée avec les machines et avec les sensations que donne l'électrisation, de nombreuses oscillations de la tension artérielle et de la fréquence du pouls dénoncent ses appréhensions ; ainsi toute déduction est rendue illusoire. L'accoutumance et le moral jouent du reste un rôle impor-

Digitized by Google

tant. Jellinek s'est exposé volontairement à une décharge électrique de 500 volts, et la sensation, quoique douloureuse, lui fut moins pénible que celle d'une autre décharge de 350 volts reçue un jour à l'improviste. Il vit un ouvrier recevoir 1.500 volts — en Amérique on se sert pour l'électrocution d'un courant de 1750 volts — et s'en tirer avec un léger malaise, un peu de vertige et de lourdeur des membres.

Un autre fait noté à l'occasion de ces recherches est la différence de résistance de l'organisme humain. Siemens avait déjà remarqué qu'il y avait des personnes dont la résistance n'était que de 16,000 ohms, tandis qu'elle en atteignait 60,000 chez d'autres. Elle varie selon l'application des électrodes : la peau d'un lapin couverte de poils oppose un à deux millions d'ohms, tandis qu'on n'en note que 500 si une électrode est introduite dans la gueule et l'autre dans le rectum de cet animal. Il en est de même pour l'homme, et il conviendrait de tenir compte de ce fait dans l'électrocution. Il explique pourquoi les décharges des plots à Paris ou des fils de trolley déchirés à Vienne, tuaient les chevaux et non les hommes : le fer avec ses clous conduisait le courant dans les tissus mêmes de l'animal, tandis que les chaussures isolaient relativement le pied humain.

Jellinek ne mentionne pas de troubles visuels dans ces conditions. La sidération par contre amène souvent des cataractes soit immédiates, soit ultérieures. Preindlsberger de Sérajévo vient d'opérer avec succès trois cas de ce genre (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 28 mars 1901). Brixa a vu la foudre provoquer une iritis avec hypopyon et choroïdite, Denig des troubles de la cornée, et Kiribuchi, de Tokio, des troubles de la cornée et du cristallin en même temps. — Bd.

Le tabac. — Dans les différents griefs que l'on a réunis contre l'abus du tabac, il en est un, entre les multiples effets nocifs dont on l'a chargé avec raison, qui mérite une attention particulière. C'est la pente qu'il crée vers l'alcoolisme. On fume et l'on boit, le tabac donne soif. On commence par un bock, on continue par deux, trois, un nombre illimité. Tous les efforts contre le tabagisme, outre l'action directe qu'ils exercent sur la restriction de cette intoxication, jouissent donc d'une action indirecte sur l'alcoolisme lui-même qu'ils parviennent à réduire quelque peu. Plusieurs travaux viennent de paraître coup sur coup sur cette question. Le premier, de M. Jules Denis (Paris, 1902), est une brochure de propagande, dans laquelle la question est surtout étudiée au point de vue social. « Tout ami de l'humanité, dit l'auteur, est ennemi du tabac. » M. Jules Denis n'y va pas de main morte, il fulmine, et a mille fois raison ; entre autres réformes, il demande l'établissement d'un impôt plus élevé. Les cigares seront vendus à des prix formidables. Nulle bourse ne s'en pourra procurer. J'y souscris de grand cœur. D'autant qu'à ne plus fumer, les dents seront moins noires.

M. le Dr Jaucent (*Th. Paris*, 1902), étudie le tabac dans les inconvénients individuels qu'il produit. On n'a nul motif d'en user, pas même en thérapeutique. D'abord il ne possède pas les qualités médicamenteuses qu'on lui attribue; offre-t-il quelques propriétés, comme cette action laxative qu'on lui reconnaît avec raison, il peut être remplacé par d'autres agents médicamenteux qui tout en exerçant une influence dans le même sens, ne présentent pas les dangers du tabac. L'auteur ne va pas si loin que M. Denis; il ne formule pas un anathème aussi énergique. Sans doute fume-t-il lui-même ; il admet que le tabac peut quelquefois être utile : ce qui serait à démontrer. L'influence excitante que le tabac exerce sur le système nerveux est très passagère, comme l'a démontré M. Féré; pour continuer la stimulation, on rallume une nouvelle cigarette, le système nerveux s'épuise, de nouvelles bouffées de tabac le réveillent. Chaque jour on fume davantage, le nicotinisme est proche. Mieux vaut donc ne pas commencer. Le conseil est assez sage ; il suffit d'une décision ferme pour le suivre, et une fois qu'on a pris l'habitude du tabac, pour supprimer celle-ci brusquement, du jour au lendemain.

Comme prophylaxie du nicotisme, c'est certes la meilleure. M. le Dr Hirschberg nous en enseigne une autre, (*Les Nouveaux remèdes*, journal bi-hebdomadaire, 8 mars 1902). Il préconise le procédé du Pr Gerold, de Halle, qui rend le tabac inoffensif, en neutralisant la nicotine, sans la retirer du tabac. Les feuilles de tabac sont traitées avec une solution d'acide tannique qui a la vertu de fixer les alcaloïdes, de sorte que la nicotine et les essences contenues dans la plante, telles que la nicotianine, etc., sont neutralisées et rendues inoffensives. L'opération ainsi pratiquée ne ferait pas perdre au tabac sa saveur. Pour rehausser son parfum, qui peut être endommagé par le tannin, on trempe ensuite le tannin dans une décoction préparée avec la plante *origanum vulgare*. L'expérimentation sur les animaux a démontré l'innocuité du tabac préparé ; au point de vue physiologique, ce dernier n'exerce aucune influence sur la pression artérielle et le pouls. Il serait donc à recommander, n'était ce moyen supérieur à tous pour s'épargner les effets du nicotinisme : ne pas fumer. La question du tabac dont la nicotine est neutralisée par le procédé Gerold que nous venons d'exposer, est certes très importante si elle est confirmée. — K. S.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Compression de la moelle par un endothéliome. Paraplégie spasmodique. Laminectomie. — MM. Hirtz et Delamare. Une femme de 28 ans, présentait des signes de compression de la moelle dorso-lombaire (paraplégie avec immobilisation des membres inférieurs en extension, exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde, amaigrissement des jambes, des cuisses et des muscles des gouttières vertébrales). On songea, étant données l'intégrité du rachis et l'absence d'hystérie, de tuberculose et de syphilis, à une tumeur de nature bénigne, exerçant la compression. M. Faure pratiqua une laminectomie dorso-lombaire. Le résultat fut négatif et la malade mourut trois mois après l'opération avec de l'incontinence urinaire et fécale et une eschare sacrée. L'opération montra la justesse du diagnostic. Il existait une tumeur ovoïde, bosselée, développée aux dépens de la pie-mère (endothélio-fibrome), malheureusement la laminectomie avait été pratiquée un un peu trop bas et n'avait pas permis d'atteindre le corps du délit.

Pouls bigéminé et dilatation cardiaque dans l'intoxication par la digitale. — M. Mercklen. Il ne faut pas donner de digitale à un malade chez qui survient le rythme couplé. L'auteur a observé trois malades, atteints d'endocardite rhumatismale ancienne avec grande matité cardiaque, œdème des jambes et de la paroi abdominale. Le rythme couplé se montra après l'administration de la digitaline; dans deux cas la mort survint à la suite d'une nouvelle administration de digitaline sans que la diurèse se produisît. La digitale ralentissait le cœur sans augmenter la quantité d'urine. Pour que le remède produisît son effet, il eût fallu sans doute lever préalablement l'obstacle que créait l'œdème par les incisions des membres inférieurs. C'est la pratique recommandée depuis longtemps.

La fièvre typhoïde avec phénomènes spinaux. — M. Grenet. Il peut exsiter chez l'enfant des phénomènes méningitiques très nets (douleurs céphaliques et rachidiennes, raideur des jambes, signe de Kernig, dilatation papillaire, vomissements) sans qu'il existe de méningite vraie. Ces troubles sont purement fonctionnels, ainsi que dans un cas l'a démontré la ponction lombaire. Le liquide ramené ne contenait ni éléments figurés ni fibrine *(11 avril)*.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Congrès des anatomistes à Montpellier. — Du 24 au 26 mars, sous la présidence de M. le Pr Sabatier, doyen de la Faculté des sciences, l'Association des Anatomistes a tenu sa quatrième session à Montpellier. Un grand nombre de publications originales ont trouvé jour à la tribune. M. le Pr Renaut (de Lyon), Kœlicker (de Würtzbourg), d'autres encore universellement estimés ont apporté le résultat de leurs recherches toutes personnelles sur des sujets divers étudiés avec soin. Et c'est bien là le caractère de ce congrès, et voici pourquoi l'attention et la sympathie du monde savant ne sauraient lui être ménagées : les compilations lourdes n'y sont pas admises; seul le travail personnel y a droit d'entrée. C'est là un signe distinctif qui mérite d'être souligné. Que les autres congrès ne tâchent-ils de se parer d'une marque aussi essentielle ! Un rapport sur une question à l'étude, sans doute cela est bien. Encore convient-il que le rapporteut possède sur cette question des idées personnelles et depuis de longs mois en ait fait l'objet de son attention et de ses recherches. Certains des rapports présentés au récent Congrès de médecine de Toulouse ont montré que malheureusement il n'en était pas toujours ainsi.

Académie de Médecine (*15 avril*). — M. Albert Robin revient sur les illusions de l'antisepsie interne. La plupart des antiseptiques ne s'opposent ni à la marche ni aux progrès des maladies infectieuses. En 1892, il publiait déjà l'observation d'une malade saturée de mercure. Cela n'empêcha pas celle-ci de prendre la grippe et de succomber à une broncho-pneumonie infectieuse. Aujourd'hui il s'agit d'un fait du même ordre : une fièvre typhoïde contractée dans le service chez une syphilitique qui pendant 24 jours avait absorbé soit à l'intérieur, soit par la peau, une dose moyenne de 5 centigr. de sel mercuriel par jour (benzoate, sublimé). La fièvre typhoïde évolua chez cette malade avec une gravité immédiate, les bains froids ne produisirent aucun soulagement. Une éruption pemphigoïde généralisée suivie d'ulcérations se produisit le 16e jour, une phlegmatia dolens apparut le 20e et la mort survint 48 heures après. L'autopsie, outre les lésions de la fièvre typhoïde, montra des traces notables de mercure dans le foie et la rate. Non seulement l'antisepsie interne chez cette typhique n'avait en rien arrêté l'évolution du mal, elle l'avait précipité à coup sûr et dans un sens des plus fâcheux.

M. Chantemesse, à propos de la communication de M. Albert Robin, revient sur la nécessité d'isoler les typhoïdiques dans les services. On isole bien l'érysipèle; pourquoi pas la fièvre typhoïde?

M. Javal lit un mémoire sur l'action du radium chez les aveugles. Le radium est un métal lumineux dont les rayons sont très puissants, ils traversent les corps opaques. Les aveugles dont la rétine n'est pas atteinte perçoivent les radiations lumineuses du radium; cette propriété de perception lumineuse dans les cas d'intégrité rétinienne crée un moyen de diagnostic qui pourra rendre service.

M. Richelot parle de la gastro-entérostomie postérieure et du procédé opératoire de Roux. L'opération

Digitized by Google

si parfois elle a été pratiquée inutilement, est au contraire indiquée dans des circonstances très nettes : quand des douleurs très vives accompagnent un spasme ou un rétrécissement pylorique qu'aucun traitement médical n'est arrivé à réduire. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Essai de sémiologie urinaire, par C. Vieillard, préface par A. Robin, membre de l'Académie de médecine.

Cet ouvrage fait suite au « Traité de l'urine humaine » du même auteur. On y retrouve le cachet d'originalité qui a fait le succès de sa précédente publication.

« Les traités classiques d'urologie, dit A. Robin dans sa préface, sont plutôt chimiques que cliniques et n'envisagent pas d'une manière assez complète les enseignements que la sémiologie peut tirer d'une bonne analyse. Le nouvel ouvrage de M. Vieillard vient combler heureusement cette lacune. »

Histoire des maladies du pharynx, par le Dr C. Chauveau. Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. 3 volumes.

Ouvrage plein d'érudition qui témoigne de la part de l'auteur, d'un labeur suivi et d'une patience qu'aucune difficulté ne rebute. Tout ce qu'on a écrit sur les maladies du pharynx, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, est reproduit avec détail. M. le Dr du Castel a écrit en tête du 1er volume une préface où est établi le caractère éphémère et fragile des interprétations et des doctrines médicales, en regard de la solidité qui conserve et fixe, d'une manière définitive, les résultats d'une observation bien faite.

Aperçu historique sur les ferments et fermentations normales et morbides, par le Dr Roussy, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes. Paris, Jules Rounel, éditeur.

Connu par ses recherches sur la pathogénie de la fièvre, M. Roussy nous donne aujourd'hui une histoire générale des ferments et des fermentations. Son livre renferme plusieurs autres mémoires. Dans l'un d'eux, l'auteur se plaint de la mauvaise organisation du travail scientifique en France. Le chercheur épris de science pure, quelles luttes n'a-t-il pas à subir ? Son existence n'est faite que de déboires.

Les fonctions hépatiques, par MM. A. Gilbert, Pr à la Faculté et P. Carnot, Dr ès-sciences. (1 vol. in-16, Naud. édit. 1902.)

Ceux qui voudront connaître la physiologie du foie, telle que l'ont constituée les derniers travaux, trouveront intérêt à lire le présent volume très documenté et d'une érudition solide, que les travaux originaux des auteurs contribuent à renforcer. A regretter seulement l'absence d'un index bibliographique qui nous éclairerait sur la date et le titre des communications que nous ne connaissons en travers du texte, que par le nom de l'auteur.

Cinquantenaire de la fondation de l'Université française de Québec (Faculté de médecine) — Une grande fête aura lieu en juin prochain, à l'effet de célébrer cet anniversaire. Nos confrères canadiens très versés, on le sait, dans les questions de médecine, nous sont au surplus toujours chers. La France était leur première patrie et ils ne l'ont pas oubliée, tout en se montrant très respectueux de la loi anglaise qui les régit. Quelques confrères canadiens ont pressenti notre directeur, M. Huchard, à l'effet de savoir s'il consentirait à se rendre à cette fête. Le voyage n'est pas très long (9 jours) et ceux qui se résoudront à l'entreprendre, se réjouiront certainement des attractions diverses qu'il leur aura procurées.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le Dr Arthur Rousseau, agrégé à la Faculté de médecine de Québec.

H. RENDU

S'il est vrai que la vie n'est qu'un « accident sombre entre deux sommeils infinis », celle qui vient de se terminer a été un grand et bel exemple de travail, de modestie, de vertus, d'honneur scientifique et professionnel. Pendant cette existence si bien remplie, on eût dit que notre cher ancien camarade d'internat, notre collègue à l'hôpital Necker et à l'Académie de médecine, avait adopté cette devise : l'honneur sans les honneurs. Il l'a bien montré quand, il y a plusieurs années, à la mort du regretté Hanot, désigné par ses travaux, plus encore que par son titre d'agrégé de la Faculté, et assuré de la presque unanimité des suffrages, il renonça spontanément à la chaire de pathologie interne. Il y renonça et il nous l'a dit alors, pour mieux se livrer au travail, pour continuer son œuvre de clinicien incomparable, et surtout pour remplir tous les devoirs de la vie familiale. Car il était homme à ne jamais transiger avec ses devoirs, ni avec ses convictions profondes et inébranlables qui imposaient le respect, dans un temps où la puissance éphémère est à ceux qui ne croient plus ou qui ont banni de leur vie comme de leurs actions tout idéal de bonté, de dévouement et d'amitié désintéressée.

Ce deuil cruel atteint les nombreux malades pour lesquels il s'est tant dévoué, tous les élèves qui l'entouraient de la plus respectueuse affection, les collègues et amis qui élevaient leurs cœurs jusqu'à lui, et surtout une famille cruellement éprouvée à laquelle nous adressons l'expression émue et bien sincère de la plus profonde, de la plus douloureuse sympathie. — H. Huchard.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le GOMENOL, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le noyau épididymaire

Par le Dr Félix Legueu, *professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux*

Le hasard fait quelquefois bien les choses : il fait parfois en clinique des séries très utiles à l'enseignement. C'est ainsi que nous avons, en ce moment, plusieurs malades atteints d'affections diverses du testicule. L'un était atteint d'un sarcome, et je l'ai opéré avant-hier. Plusieurs autres, au contraire, n'ont que des affections d'ordre purement inflammatoire et localisées ou prédominantes sur l'épididyme. A palper le noyau épididymaire, dont ils sont porteurs, à ne considérer que la lésion objective elle-même, on croirait volontiers qu'ils sont atteints d'une épididymite de même nature : il n'en est rien, l'histoire de ces malades, les commémoratifs, l'examen minutieux et attentif montre chez l'un une épididymite blennorragique, chez l'autre une épididymite tuberculeuse, chez le troisième enfin, une épididymite syphilitique.

J'ai pensé qu'il ne fallait pas laisser passer sans l'utiliser un assemblage de pareilles lésions, et nous étudierons, à cette occasion, le diagnostic des épididymites.

I

Au numéro 5 de la salle Saint-Landry, vous voyez un jeune homme de vingt ans ; il vient pour un noyau épididymaire à droite.

En effet, au-dessous du testicule, on sent la queue de l'épididyme indurée : l'induration n'est pas douloureuse, elle est régulière, non bosselée, se continue insensiblement avec la tête intacte de l'épididyme. La vaginale n'a pas de liquide, le testicule de ce côté n'est pas modifié, le cordon est souple, le canal déférent indemne : de l'autre côté, pas de lésions reconnaissables.

Voici deux mois que cette induration est survenue ; il y a deux ans, ce malade a eu une blennorragie aiguë, et à la suite, une orchite double. Tout cela guérit dans l'espace de quelques semaines et du côté des testicules, n'était restée aucune trace de la maladie ancienne. L'écoulement avait disparu, et notre homme n'avait plus été préoccupé de ce côté, jusqu'au jour où une certaine gêne ressentie dans le testicule droit lui annonça qu'il se passait là quelque chose de nouveau.

Ce noyau, quel est-il ? est-il inflammatoire ? est-il tuberculeux ? J'examine la prostate, les vésicules séminales, je n'y vois rien de suspect, c'est déjà une présomption.

J'examine ensuite l'urètre : je n'y vois rien, rien. Je remets l'examen au lendemain : je prie le malade de rester sans uriner jusqu'au moment de la visite, et inspectant l'urètre à ce moment, je ramène une goutte opaline, pâle, mais une goutte après tout bien nette. On la recueille, on l'examine, elle est gonococcique. Et le diagnostic s'éclaircit après cette série d'épreuves compliquées : urétrite latente, épididymite torpide, insidieuse.

J'ai gardé ce malade quelques jours pour vous permettre de le comparer au suivant : il ira bientôt compléter en ville son traitement de lavages et d'injections urétrales.

Voyez maintenant le second malade, voisin de celui-ci, puisqu'il occupe le lit n° 5 *bis* de la même salle Saint-Landry. A première vue, ils sont semblables, et cependant, j'ai porté sur ce dernier un diagnostic différent.

Ce malade, âgé de vingt-deux ans, est entré ici le 22 avril, pour une orchite à gauche.

En fait, il s'agissait d'une épididymite : à gauche, il y a un noyau épididymaire. Il est plus gros que chez le premier, son volume atteint celui d'une amande, il se continue, lui aussi, avec la tête de l'épididyme, peut-être un peu plus dur que chez le voisin. Le noyau est dur, régulier, indolent, il se détache bien du testicule, dont le sépare un sillon bien accentué. La peau n'adhère pas à sa surface, le testicule est sain, la vaginale sans liquide, le déférent non bosselé, et enfin le testicule de l'autre côté est absolument sain.

Ici encore, nous nous posions la question : tuberculose ou blennorragie ?

Le 15 mars, c'est-à-dire il y a à peu près six semaines, le malade avait eu un échauffement, une goutte le matin et dans la journée : il avait à ce moment quelques violentes envies d'uriner, et tout cela ressemblait bien à une chaudepisse aiguë.

Cependant, j'examine la prostate et je trouve dans ces régions profondes, des lésions énormes, dont rien ne faisait soupçonner la présence, et qui tranchent tout de suite mes hésitations dans le sens de tuberculose. La vésicule séminale du côté gauche est énormément augmentée de volume, bosselée, irrégulière : elle fait une grosse saillie du côté du rectum, se continue avec une prostate dont toute la moitié correspondante est irrégulière aussi et bosselée. A droite, je ne garantirais pas l'intégrité de la vésicule, mais ses lésions, s'il y en a, sont si minimes, par rapport à ce qu'elles sont de l'autre côté, que je me sens autorisé à ne pas en tenir compte. Des modifications importantes comme celles-ci ne se voient que dans la tuberculose, et leur constatation seule suffit, à mon avis, à trancher le diagnostic.

Je disais donc : épididymite bacillaire ; le sujet,

Digitized by Google

d'ailleurs, sans avoir de lésions pulmonaires appréciables, avait des antécédents très nets : sa mère est morte, lorsqu'il avait dix ans, de la poitrine, et un de ses frères est mort de méningite, en bas âge.

Voilà donc deux malades, Messieurs, qui objectivement nous présentent une même lésion, une induration, un noyau dans l'épididyme ; l'un et l'autre sont torpides, indolents, réguliers : je dis chez l'un blennorragie, je dis chez l'autre : tuberculose. Pourquoi ? Comment ?

II

Le problème à discuter, la solution à résoudre est la suivante : étant donné un noyau localisé ou prédominant à la queue de l'épididyme, quels moyens avons-nous de définir sa nature ?

Le *siège* de l'induration, sa localisation exclusive ou prédominante à la queue de l'épididyme a déjà une valeur que je tiens à souligner . cela veut dire que l'inflammation est venue au testicule par la voie canaliculaire, que c'est une infection ascendante et déférentielle. Le testicule est en connexion avec le reste de l'économie par deux éléments, par ses vaisseaux et par son canal déférent : par ses vaisseaux, il reçoit certaines infections, comme l'infection ourlienne, par exemple, et alors c'est le testicule lui-même, c'est-à-dire l'organe dans lequel se répand l'artère spermatique qui est pris : il y a orchite ourlienne et non épididymite parce que les principales ramifications de la spermatique diffusent l'infection dans le testicule lui-même : l'épididyme est entaché. Au contraire, qu'une infection remonte le cours du canal déférent et arrive au testicule : cette infection, en quittant le déférent, traverse avant tout l'épididyme, et dans l'épididyme, la queue ; elle s'y localise, et nous pouvons conclure d'une inflammation localisée à la queue de l'épididyme, qu'elle est d'origine canaliculaire. Or, quelles sont les infections canaliculaires du testicule, quelles sont celles qui lui reviennent toujours en passant par l'épididyme ? Ce sont la *blennorragie aiguë* et la *tuberculose* ; la syphilis est à part, elle vient au testicule par la voie sanguine seule ; j'y reviendrai plus tard. Mais pour la blennorragie et la tuberculose, il n'y a pas de doute : ce sont des infections canaliculaires. En ce qui concerne la blennorragie, la chose est depuis longtemps démontrée et admise. Pour la tuberculose, cette pathogénie, quoique moins classique, ne me semble pas contestable. J'aurai sans doute l'occasion de développer plus tard cette question, mais dès ce moment, je veux vous rappeler que des lésions de tuberculose persistent presque toujours dans la prostate et dans les vésicules séminales, que le déférent est souvent pris seul, et de haut en bas, enfin que la tuberculose épididymaire est toujours localisée et prédominante au niveau de la queue. La tuberculose aborde donc le testicule par l'intermédiaire de son canal déférent, et j'avais des raisons de dire que le siège même du noyau avait déjà une réelle valeur, puisqu'il localisait à deux hypothèses le diagnostic à discuter : blennorragie et tuberculose.

L'insidiosité du noyau, sa torpeur, si je puis dire, la lenteur avec laquelle il se constitue, le peu de réaction qu'il développe, tout cela ne peut être invoqué, comme on le croit trop souvent, comme cela même est écrit quelquefois, en faveur de la tuberculose ; tout cela, au fond, n'a pas grande valeur. La tuberculose crée parfois des épididymites aiguës : à la blennorragie se rattachent aussi des épididymites chroniques. A côté de l'épididymite aiguë, que nous sommes habitués à voir au cours de la blennorragie, et comme la manifestation la plus commune de la propagation au testicule de l'infection dont l'urètre est le siège, il y a des épididymites latentes, torpides, qui surviennent sans bruit, s'installent sans réaction et prennent le masque et l'allure de la lésion tuberculeuse. C'est là une notion fondamentale, sur laquelle on n'insiste pas autant qu'elle le mérite. Sans doute, ce n'est pas au cours de la blennorragie aiguë que se voient ces propagations sournoises, mais c'est surtout au cours de la blennorragie chronique, chez les malades qui ont conservé d'une blennorragie disparue une infection latente, une goutte matinale, méconnue quelquefois, inappréciable pour un œil non prévenu. C'est encore chez les rétrécis qu'on les voit, parce qu'en arrière d'un rétrécissement, même large, se localise, et persiste quelquefois une infection latente, qui, pour atténuée qu'elle soit, n'en est pas moins capable de s'étendre jusqu'au testicule. Et j'ai vu souvent une épididymite chronique traduire comme premier symptôme un rétrécissement jusqu'alors méconnu. La chronicité du noyau, la lenteur avec laquelle il s'est constitué, tout cela n'est donc pas signe de tuberculose, tout cela se voit dans la blennorragie : et ce n'est point là qu'on trouvera la clef du diagnostic.

Il en est de même de la *douleur*, elle n'a aucune valeur pour les cas torpides auxquels je fais allusion. Dans les inflammations épididymaires, la douleur n'existe que proportionnellement à l'acuité du processus : à l'épididymite aiguë, blennorragique ou tuberculeuse, correspond cette douleur vive, intense, quelquefois intolérable, douleur de tension, de distension, qui ne cesse parfois qu'avec la ponction et les mouchetures de la vaginale. A l'épididymite chronique, qu'elle soit blennorragique ou tuberculeuse, correspond une douleur nulle, à peine une gêne légère ou une pesanteur ; elle n'est pas plus marquée dans la blennorragie que dans la tuber-

Digitized by Google

culose, parce que le noyau épididymaire est par lui-même indolent, la douleur ne se réveille qu'avec la poussée aiguë, elle n'a donc aucune valeur diagnostique.

Et l'*adhérence?* n'est-ce pas, au contraire, un signe que l'on invoque un peu partout comme symptomatique de la tuberculose, parce qu'il n'est pas considéré comme appartenant à la blennorragie? L'adhérence est commune dans la tuberculose, l'adhérence à la peau d'un noyau froid indique ou la fistule ancienne et guérie, ou la fistule à venir, c'est-à-dire la suppuration imminente. Mais sachez que l'adhérence peut manquer dans les tuberculoses les plus accentuées : elle manque lorsque l'épididyme tuberculeuse est loin de la suppuration, torpide, sans infection secondaire. Et ce serait une erreur de rejeter le diagnostic de tuberculose, pour cette seule raison, que la peau n'adhère pas au noyau. C'est que, ici encore, l'adhérence est beaucoup moins en rapport avec la nature qu'avec la virulence de l'infection et l'intensité de la réaction qu'elle provoque. Dans l'épididymite blennorragique aiguë, il y a toujours adhérence du scrotum à l'épididyme ou au testicule, pour qui sait la rechercher : il en est de même dans la tuberculose épididymaire aiguë. Au contraire, le noyau chronique n'adhère ni dans la tuberculose, ni dans la blennorragie, quand il est observé à froid, en dehors de la lente poussée : il n'adhère que s'il y a menace de suppuration, et comme seule la tuberculose fait suppurer l'épididyme, l'adhérence devient ainsi l'apanage du noyau tuberculeux. Et vous pouvez conclure d'un noyau froid qui adhère, qu'il est tuberculeux : de ce qu'il n'adhère pas, vous ne pouvez pas, nécessairement, conclure qu'il est blennorragique.

La *fistule* constituée n'est que le terme ultime de l'adhérence, elle a donc la même valeur : le noyau fistuleux est un noyau tuberculeux, parce que seule la tuberculose s'abcède et ouvre ses foyers à l'extérieur. Mais la fistule est loin d'être constante, elle n'est, après tout, que tardive, et si nous attendions pour reconnaître la tuberculose, le moment où la fistule est constituée, il faudrait attendre longtemps.

Avant la fistule, pouvons-nous alors tirer un indice des caractères mêmes du noyau et en particulier de ses *bosselures?* Oui, dans certains cas : lorsqu'au niveau de la queue de l'épididyme, il est un noyau volumineux avec induration concomitante sur le reste de l'épididyme, lorsque ce noyau est chargé de bosselures grossières évidentes, qui le détachent nettement du testicule, et hérissent sa surface de mamelons irréguliers, vous pouvez sans hésiter dire ; tuberculose Mais une constatation négative ne vous permettra jamais de répéter ce diagnostic : il est des noyaux tuberculeux, sans bosselures, sans autres irrégularités que celles qui s'étendent presque toujours sur une épididyme augmentée de volume, et ceux-là sont de tous points comparables aux noyaux blennorragiques. Et dans ce cas, aucun des caractères objectifs ne peut être utilisé pour le diagnostic.

A défaut d'un indice tiré des caractères objectifs du noyau, l'état du cordon et *surtout du canal déférent*, vous fournira sans doute quelques probabilités. Mais ici encore il faut des caractères très tranchés pour être reconnaissables : la blennorragie et la tuberculose se propageant à l'épididyme par l'intermédiaire du canal déférent, celui-ci peut être dans un cas comme dans l'autre modifié sur son trajet; la blennorragie et la tuberculose donnent une déférentite, c'est-à-dire un déférent qui se montre au toucher gros, dur et sensible. Mais dans la blennorragie, la déférentite laisse au canal sa régularité, sa forme cylindrique · dans la tuberculose, au contraire, vous trouverez parfois de grosses irrégularités de bosselures disséminées ou dans la traversée inguinale ou dans le chemin du cordon. Et de ce que vous les constatez, ces bosselures, vous pouvez conclure à la tuberculose ; mais de ce que le déférent est seulement gros et régulier, vous ne sauriez tirer des conclusions en faveur de la tuberculose contre la blennorragie.

Il faut nous résumer : nous dirons le noyau épididymaire qui suppure, qui adhère, qui a des bosselure évidentes, qui suit une différentite noueuse, est sûrement de nature tuberculeuse : mais le noyau qui ne suppure pas, qui n'a pas d'adhérence, qui n'a pas de bosselures, qui suit un déférent gros, mais régulier, n'est pas nécessairement de la blennorragie : il peut être tuberculeux ou blennorragique.

La difficulté est reculée, elle n'est pas tranchée, comment la résoudre ?

Pour cela, il est nécessaire de chercher des indices à distance, de demander des renseignements complémentaires à l'examen des *vésicules séminales et de la prostate, et de l'urètre d'autre part.*

Examinez d'abord par le toucher rectal les
cules séminales de la prostate : deux évo
sont possibles suivant qu'il y a ou qu'il
lésions évidentes.

1er cas : il y a dans la prostate
séminales des lésions évidentes.
ainsi une prostate, non néces
volume, mais bourrée de
bords. J'entends encor
durée, grosse, irrég
nodosités. Dans c
tuberculose, ca
donner ces lé

2e cas :

Digitized by Google

de sirop de Gibert ; si cela ne suffit pas nous augmenterons le dose, et j'espère que sous l'influence de ce seul traitement général, l'infiltration épididymaire subira cette fonte rapide que nous voyons se réaliser pour toutes les lésions syphilitiques soumises à un traitement convenable, quand elles ne sont pas encore fibreuses mais seulement constituées par de l'infiltration embryonnaire.

N. B. — Le malade a quitté le service au bout de quelques jours, refusant de se soumettre plus longtemps au traitement institué, et depuis on n'en a pas eu de nouvelles (1).

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

La méthode exfoliante dans le traitement des dermatoses (acné, lichénification, psorospermose)

Par le Dr Leredde

Parmi les agents actifs que nous appliquons à la surface de la peau, il en est qui portent leur action essentielle sur la couche cornée ; les meilleurs sont ceux qui respectent complètement le corps muqueux, puisque la méthode kératolytique a pour but unique de détruire les couches cornées hypertrophiées. Mais les lésions de la couche cornée sont consécutives à des altérations des couches profondes de la peau, la kératolyse, à elle seule, ne peut produire qu'une guérison apparente ; parfois même l'irritation qu'elle a provoquée est susceptible d'augmenter l'hyperkératose dans la suite.

La méthode exfoliante que nous allons étudier, est destinée à produire une réaction inflammatoire du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, mais passagère, qui sera suivie d'une décongestion, passagère ou durable suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier qui est traité. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement ; au bout de 24 ou 48 heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours : c'est une véritable exfoliation.

Un grand nombre d'agents peuvent être utilisés [illegible] la méthode exfoliante. Ces agents sont des [illegible]tiques et des réducteurs ; appliqués dans des [illegible] où il n'y a pas d'hyperkératose impor[illegible] toujours employés à dose extrêmement [illegible] revanche pendant un temps limité. [illegible]ont les savons alcalins forts, la [illegible]icylique, le naphtol B.

(1) Leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu.

Voici des types de pâtes exfoliantes :

Axonge benzoïnée	28 grammes	
Oxyde de zinc	10 —	
Terre fossile	2 —	
Résorcine	40 —	(Unna).
Vaseline	25 grammes	
Savon noir	25 —	
Soufre précipité	50 —	
Naphtol β	10 —	(Lassar).
Vaseline	25 grammes	
Savon noir	25 —	
Amidon	25	
Soufre	25 —	
Résorcine	5 —	
Acide salicylique	5 —	
Naphtol β	5 —	(Besnier).

Et un type de lotions :

Teinture de savon de potasse à 1/5	40 grammes	
Résorcine	10 —	
Soufre précipité	10 —	(Darier).

La solution de Vlemingkx a pour formule :

Soufre sublimé	125 grammes
Chaux vive	75 —
Eau	1.250 —

Faire bouillir pour réduire à 750 grammes.

On voit qu'un certain nombre d'auteurs ont ajouté aux agents qui sont essentiellement des kératolytiques forts, des agents, comme le soufre, qui est surtout antiseptique et antiséborrhéique. La raison me paraît être la suivante : la méthode d'exfoliation est surtout employée dans l'acné vulgaire, dont le soufre a passé longtemps pour le remède héroïque, il était bien naturel de l'adjoindre aux autres agents. Il faut du reste reconnaître qu'employé à doses fortes, sous forme de pâtes, et en applications courtes, il n'a pas les propriétés irritantes qu'il a dans d'autres conditions, en pommades en particulier.

Pour ma part, après expérience faite, je crois que les pâtes les plus simples et les plus énergiques sont les meilleures de toutes, et à toutes celles que j'ai énumérées, je préfère la pâte résorcinée dont j'ai donné la formule plus haut. On l'applique tous les huit jours sur la peau après un savonnage léger, on la laisse en place 15, 20 et 25 minutes suivant le cas, je l'ai même appliquée 40 minutes. Mais il est tout à fait dangereux de prolonger autant l'application d'emblée, et on ne doit arriver à la faire aussi longue que peu à peu, en augmentant chaque fois la durée de 5 minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas difficiles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la région malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles. L'application doit être faite avec une

Digitized by Google

très grande surveillance, elle constitue un traitement d'hôpital ou de maison de santé.

La lotion résorcinée soufrée (Darier), ne nécessite pas la même surveillance de la part du médecin que la pâte résorcinée; on fait chaque soir un badigeonnage pendant trois soirs de suite, en laissant sécher le mélange alcoolique sur la peau. Elle est moins active que les pâtes qui ont été énumérées plus haut et suivant mon expérience doit être utilisée surtout dans les cas d'acné peu rebelles. Je l'ai vue provoquer récemment chez une malade une réaction inflammatoire intense, une véritable dermatite artificielle tres désagréable qui m'a paru due au soufre.

L'inflammation produite par les pâtes ou les lotions exfoliantes doit être calmée. Dans ce but, on peut, à la suite des applications, couvrir le point traité par une crème telle que la suivante :

Vaseline.....	ãã 10 grammes
Lanoline.....	
Eau.....	

Si l'inflammation est très intense, mieux vaudra appliquer une pâte telle que celle-ci :

Lanoline.....	ãã 10 grammes
Vaseline.....	
Oxyde de zinc.....	16 —

Les applications du traitement exfoliant sont maintenant nombreuses, et pour qui a appris à le manier, il constitue une méthode indispensable en thérapeutique dermatologique.

Son indication principale est fournie par l'acné polymorphe. Je l'ai employé régulièrement dans la cure de cette maladie à ma policlinique; aucun mode de traitement de l'acné ne peut lui être comparé d'une manière générale. Chez quelques malades j'ai vu après trois ou quatre applications les lésions disparaître complètement, en ne laissant que quelques macules passagères. Sans doute, je ne considère pas ces malades comme guéris d'une manière définitive. Chez les jeunes gens en particulier, l'acné a pendant des années une tendance à se reproduire. Mais il sera toujours possible de reprendre les applications exfoliantes de temps à autre, on pourra les faire assez rares pour qu'elles ne gênent pas le patient.

Dans la rosacée (acné rosée) le traitement exfoliant peut être extrêmement utile. Chez quelques malades que j'ai soignés pour cette maladie depuis deux ans, l'exfoliation a été combinée à la photothérapie. Celle-ci donne des résultats de premier ordre; elle permet de faire rapidement un gros travail, d'amener la réduction de volume du nez ou des joues, ainsi qu'une décongestion marquée. Mais à un moment donné, il semble qu'il y ait avantage à faire l'exfoliation; chez un malade que je viens d'observer et qui était atteint de rosacée avec état séborrhéique très intense de l'extrémité du nez, j'ai obtenu la guérison complète depuis plusieurs mois déjà, grâce à la combinaison des deux procédés. La méthode ne donne malheureusement pas d'aussi bons résultats dans la rosacée liée à un état asphyxique des extrémités, et qui constitue une véritable cyanose au niveau des joues, du nez et des oreilles; elle s'applique presque uniquement aux formes inflammatoires, sans refroidissement local, avec ou sans complications d'acné vulgaire.

Sans avoir eu encore l'occasion de l'employer, je crois que dans l'acné cornée de Leloir, dans l'acné kératique (Tenneson et Leredde), elle rendrait de grands services.

Chez un malade atteint de psorospermose folliculaire végétante, que j'ai observé avec M. Brocq, l'exfoliation a donné des effets véritablement admirables. Il s'agissait d'un homme chez lequel l'affection couvrait la face, le cuir chevelu; la face dorsale et palmaire des mains, la face dorsale et plantaire des pieds, une partie du bas-ventre, les aisselles; des papules élémentaires étaient disséminées sur le tronc, une partie des membres inférieurs. L'état de la face était tel que la peau était couverte d'un masque croûteux et que le malade était dans l'impossibilité absolue de vivre d'une vie normale. Il fallut trois mois de traitement pour arriver à une amélioration; au bout de ce temps le malade quitta l'Etablissement dermatologique dans un état extrêmement satisfaisant, complètement nettoyé, la face et le cuir chevelu nets au point qu'il aurait été impossible de reconnaître la nature de la maladie; la peau présentait seulement une certaine irrégularité de surface, avec un épaississement modéré. J'ai revu cette année le malade; après deux mois de traitement, dont l'exfoliation a constitué la base, il paraît presque guéri; il suffira, à mon avis, de deux ou trois applications annuelles de pâte résorcinée, ou au savon noir pour maintenir la peau dans un état parfait au point de vue esthétique. Pour comprendre la valeur d'un fait pareil, il faut se rappeler que la psorospermose est considérée jusqu'ici comme une maladie presque incurable.

Enfin j'ai appliqué récemment la cure d'exfoliation autraitement des lichenifications de la peau (1). J'ai publié à la Société de thérapeutique l'observation d'une dame atteinte depuis plusieurs années d'un lichen simple du cou rebelle, et chez laquelle je fis un grand nombre de séances de haute fréquence sans autre résultat que d'atténuer dans une certaine mesure le prurit. Quelques applications de pâte résorcinée amenèrent la guérison. Depuis j'ai soigné

(1) Leredde. Société de thérapeutique, décembre 1901.

Digitized by Google

régulièrement de la même manière tous les cas de lichen simplex que j'ai observés dans ma maison de santé ou à ma clinique, et dans tous les cas la guérison a été obtenue de même, au point que je considère maintenant l exfoliation comme un traitement héroïque decette pénible et difficile affection.

La méthode que nous venons d'étudier trouvera peut-être d'autres applications ; à juger d'après les caractères anatomiques des maladies dans lesquelles elle est employée utilement, on voit qu'elle convient à des processus inflammatoires chroniques, à des états hypertrophiques et végétants du corps muqueux (acanthose) à des scléroses dermiques prurigineuses. Peut-être pourrait-on, par exemple, l'essayer dans le traitement du sycosis chronique. Il faut ajouter que la cure d'exfoliation est applicable au traitement d'une série de pigmentations cutanées, mais dans ces affections elle doit être employée avec prudence, il faut éviter les réactions inflammatoires trop énergiques qui amènent souvent une aggravation de l'état pigmentaire, et procéder lentement, par applications kératolytiques réitérées, plutôt que par le traitement exfoliant lui-même, traitement brutal par définition et dont la brutalité, l'énergie font la valeur dans les affections où la peau peut le tolérer.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Médecine militaire

Marc-Aurèle nous apprend que les choses de la vie ne sont rien par elles-mêmes. Elles ne prennent leur signification que dans la manière dont elles affectent notre sensibilité. C'est notre humeur qui décide. Telle institution est-elle bonne ? Renferme-t-elle des abus ? Convient-il de la modifier ? Ou au contraire les changements sont-ils inutiles et doit-on se déclarer satisfait ? Les réponses que nous avons reçues au sujet de nos premiers articles sur la médecine militaire, portent l'empreinte des tendances diverses que la nature du caractère apporte à l'expression des jugements. Certains de nos correspondants estiment que nous n'en avons pas dit assez ; un autre, dans une lettre éloquente et fort digne, se plaint au contraire que nous ayons dépassé la mesure. Dieu ! qu'il est difficile d'atteindre le point juste !

S'il ne fallait s'en tenir qu'au nombre des lettres, l'hésitation serait évitée. C'est la note amère et âpre qui domine. Il semble, à lire ces protestations d'esprits généreux et meurtris, que vraiment nous n'ayons fait qu'effleurer le sujet et que le chapitre des abus n'a été qu'entr'ouvert : « Calomnié, méprisé, un médecin militaire n'est ni chien, ni loup, ni militaire, ni médecin » affirme un confrère sincère et vraiment découragé. Un autre exprime la même note : « Le médecin, s'il possède moins de galons que le chef de corps n'est, aux yeux de ce dernier, ni un conseiller, ni un expert. Il est traité en inférieur, et cet inférieur devient un insubordonné s'il s'avise, par un avis judicieux, de se mettre en travers d'un ordre donné qui lui semble préjudiciable à la santé des hommes ». Un troisième nous écrit : « Les médecins ont plus travaillé et continuent de travailler plus que les officiers ; chaque jour ajoute au bagage des connaissances déjà acquises. Il n'est pas admissible, parce qu'ils ont un galon en moins, qu'un officier qui n'a d'autre mérite que celui d'un galon en plus, se permette de leur parler comme il le fait, sur un ton de commandement qui, même dans les questions de service médical, n'admet le plus souvent pas de réplique. »

Cette question de galons, c'est elle, ce semble, la grande pierre d'achoppement. La suppression de la tenue, un seul lecteur la demande ; très nettement il opte pour le costume civil : « Rendons notre uniforme et qu'on nous donne un peu plus d'indépendance ». Trois autres plaident pour le maintien du costume militaire plus commode, assurent-ils, pour monter à cheval ; seulement, s'ils entendent conserver une tenue spéciale, ils la préféreraient moins « bariolée et sans galons ». Pas de galons, de façon à ne pas être considérés comme des subalternes par les officiers plus hauts en grade. D'ailleurs, quel règlement étrange que celui qui soumet les médecins à l'autorité des chefs de corps ? Les officiers n'ont rien à voir avec le service médical : « Le service devrait être ordonné par places et non par régiments. Le médecin le plus élevé en grade dans la garnison règlerait le service et donnerait des notes en connaissance de cause à ces subordonnés ». Pareille organisation fonctionne déjà dans le corps du génie, où l'officier chargé de l'entretien des bâtiments régimentaires relève, non du colonel, mais du chef du génie.

Cette séparation de pouvoirs ne produirait que d'excellents résultats. Pourquoi ne pas l'accorder au corps de Santé ? Le service n'en serait que mieux assuré, les commandements étant formulés avec compétence.

Dans les administrations civiles, il en est du reste ainsi Voyez les grandes Compagnies de chemins de fer. Le service médical est indépendant de tous les autres services. Les médecins ne correspondent guère qu'avec le médecin en chef, et c'est ce dernier qui prononce en dernier ressort. Les malades ne souffrent pas le moins du monde de cette répartition des services ; il est certain que les soldats n'auront pas davantage à regretter un service médical ainsi compris. Nos confrères militaires, serait-ce eux qui protesteraient ? Il ne semble pas ; que d'ennuis journaliers, de tracasseries, de froissements, d'humiliations, auxquels ils échapperaient de la sorte ! Cette réforme, ajoutons-le tout de suite, n'est pas demandée par tous. Un confrère, nous l'avons dit, prend fait et cause pour le fonctionnement actuel. Nous y reviendrons. — Z.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Traitement de l'hémoptysie chez les enfants

L'hémoptysie chez les enfants est moins fréquente que chez l'adulte. Elle provient, non seulement du poumon lui-même, mais aussi des ganglions bronchiques avoisinants. Ces derniers suppurent parfois et forment des cavernes qui s'ouvrent dans les tuyaux bronchiques. Qu'un vaisseau s'ulcère et l'hémoptysie se déclare.

Dans le service de M. le Pr Grancher, M. le Dr Méry, suppléant du professeur, pose les indications thérapeutiques de la manière suivante :

Le petit malade devra garder le repos absolu au lit, et son alimentation sera légère. Tout au plus un peu de lait sera autorisé. De la glace sera ordonnée à l'intérieur, les extrémités étant maintenues au chaud.

Comme traitement on aura recours, soit aux médicaments anciens, soit aux médicaments nouveaux.

Parmi les remèdes d'autrefois, la limonade sulfurique pourra être recommandée à titre de boisson.

Acide sulfurique au 1/10.....	20 grammes
Sirop sucre.....	125 —
Eau Q. S.....	1 litre

De même que chez l'adulte, l'ergotine rendra des services soit en injections sous-cutanées, soit à l'intérieur.

Ergotine.....	1 grammes
Sirop de digitale.....	15 —
Eau de tilleul.....	90 —

1 cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Les opiacés et l'injection de morphine ne pourront être administrés chez les jeunes enfants. Ils sont plus efficaces que l'ergot et agissent fort bien dans les poussées congestives du poumon, quand on les associe à la digitale.

A partir de 10 à 12 ans, on y pourra avoir recours. A une jeune fille de 14 ans, atteinte depuis deux mois d'hémoptysie liée à un commencement d'induration du poumon gauche, M. Méry prescrit :

Poudre de feuilles de digitale (infusion ou macération.....)	0 gr. 15
Julep gommeux	120 grammes
Extrait thébaïque.....	0 gr. 04

1 cuillerée toutes les 2 heures.

Les vomitifs, l'ipéca à dose nauséeuse pourront être recommandés comme chez l'adulte.

Que tous ces moyens échouent, on a la ressource des remèdes nouveaux. Deux d'entre eux réussissent particulièrement, le chlorure de calcium et les injections de sérum gélatiné.

Le chlorure de calcium qui s'administre aux doses de 3 à 4 gr., sera donné aux enfants aux doses de 1 gr. 50 à 2 gr. Il s'administre sous forme de potion avec du sirop de fleurs d'oranger et de l'eau de tilleul, par exemple.

On continue 4 à 5 jours aux doses précédentes, puis on diminue peu à peu. Le chlorure de calcium a l'avantage d'augmenter la coagubilité du sang. La seule précaution à prendre, est de ne pas administrer le chlorure de calcium concurremment avec le lait, car ce dernier est coagulé par le remède.

Le sérum gélatiné (chlorure de sodium, 7 gr.; eau distillée et stérilisée, 1.000 gr.), renferme la gélatine aux doses de 5 0/0. On injecte 100 à 200 cent. cubes à un adulte; 40 à 50 gr. suffisent pour un enfant. Toutefois, M. Méry émet des réserves formelles : le sérum gélatiné peut ouvrir la porte à des accidents (eschares, suppurations) en dépit des précautions prises. Il vaudra mieux s'en abstenir chez les enfants.

En dernier lieu, Gilbert a préconisé, contre les hémoptysies, l'extrait d'organes (extrait hépatique) à l'intérieur ou en lavements. Ce médicament donnerait de bons résultats. M. Méry n'en a pas d'expérience personnelle.

CLINIQUE MÉDICALE

La tuberculose ganglionnaire. — La lymphadénie de Trousseau qui compte comme une sorte de leucocythémie où tous les signes de la leucocythémie existent, sauf l'augmentation des globules blancs, cette conception de Trousseau tend à se démembrer. On en a déjà détaché certaines tuberculoses ganglionnaires et M. le Pr Dieulafoy consacre à ce sujet une de ses leçons à l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs sortes de tuberculoses ganglionnaires sollicitent l'attention du praticien.

1° Il y a d'abord les adénopathies du cou, jadis appelées scrofulides et qui se terminent souvent par la suppuration.

2° Une seconde espèce est constituée par les hypertrophies ganglionnaires limitées. Un ganglion parfois énorme reste isolé; il n'offre que peu de tendance à la généralisation ; sa marche est très lente. On croit à du lympho-sarcome, c'est du tuberculome.

3° Dans une autre forme qui ne suppure pas, les ganglions d'hypertrophient de plus en plus et se généralisent peu à peu. Il peut y avoir dégénéres-

Digitized by Google

cence amyloïde du foie, de la rate, des reins ; on observe une leucocytose légère (Schurr). Cette forme est fort grave (lymphadénie tuberculeuse). La lymphadénie tuberculeuse est progressive, dure de 6 à 7 ans, aboutit à des hypertrophies ganglionnaires énormes variant de la grosseur d'un œuf de poule à une tête de fœtus. Les ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine, du médiastin, du mésentère peuvent être touchés. Sabrazès, il y a 11 ans, décrivait le premier type de cette maladie. L'examen microscopique et les cultures opérées avec une parcelle aseptique du ganglion sont loin d'éclairer le clinicien. Ils peuvent être négatifs et stériles. La preuve tuberculeuse de l'affection est faite d'une autre manière : par l'injection d'un fragment ganglionnaire à un cobaye. Une tuberculose généralisée ne tarde pas à survenir chez l'animal en expérience.

Une thèse de Bordeaux décrivait cette maladie en 1896 sous le nom de tuberculose hypertrophiante méconnue ; Berger et Besançon l'appelaient en 1899 du nom d'adénite tuberculeuse lymphadénique. Cette affection avait à la fois un pied dans deux cadres d'affections distinctes : elle était groupée tantôt dans l'adénie de Trousseau, tantôt dans le groupe des lympho-sarcomes.

Elle n'est ni l'un ni l'autre. Elle représente une modalité spéciale de l'infection tuberculeuse, pas autre chose.

M. Dieulafoy insiste sur les caractères du sang dans cette affection. On sait qu'il existe différentes sortes de globules blancs : 1° les lymphocytes très petits et les mononucléaires plus volumineux à gros noyau unique ; 2° les myélocytes qui sont des leucocytes granuleux et qu'on ne trouve pas à l'état normal dans le sang; 3° les polynucléaires, pour ne citer que les types principaux. Or, dans la tuberculose ganglionnaire à forme lymphadénique peuvent être augmentés les polynucléaires, ce qui indique un pronostic moins grave.

Dans la véritable lymphadénie, celle qui n'est pas d'origine tuberculeuse, il n'en est pas ainsi. Ce sont les lymphocytes qui se multiplient et présentent, le chiffre total des globules blancs n'étant même pas surélevé, une proportion trop abondante de leurs éléments comparée à celle des polynucléaires.

Tel un homme dans la force de l'âge, d'aspect florissant, très gros d'ailleurs, que M. Dieulafoy présente à ses élèves. Cet homme outre plusieurs lipomes qu'il présente à la nuque et dans la poitrine, lipomes isolés, nettement circonscrits, offre une chaîne ganglionnaire assez grosse, répandue dans le cou et les régions sus-claviculaires.

L'ablation du ganglion a montré des lésions de lymphadénome. Le séro-diagnostique tuberculeux est resté négatif. Les cobayes inoculés avec la substance du ganglion ne sont pas morts tuberculeux. Le sang n'a montré qu'une légère augmentation de globules blancs (9400), mais la qualité de ces globules était mauvaise. Sur 100 globules on comptait 66 lymphocytes et 32 polynucléaires, alors que le chiffre total des lymphocytes et des mononucléaires ne doit guère dépasser 30 0/0.

Le pronostic de ce malade est très mauvais et immédiatement. La gravité n'est pas reculée à plusieurs années de distance, comme dans la lymphadénie tuberculeuse. Elle apparaît à une échéance bien plus proche, deux ou trois ans. Le malade de M. Dieulafoy n'a commencé son adénite qu'il y a dix mois et déjà ses ganglions atteignent la grosseur d'un œuf de poule. L'adjonction simultanée de lipomes, l'évolution concomitante de la lipomatose et de l'adénite est-elle capable de modifier quelque peu la rigueur du pronostic ? Grâce à la présence des lipomes, la marche de la lymphadénie sera-t-elle enrayée ? On n'en sait rien.

Le traitement arsenical a été entrepris. Il donne parfois de bons résultats. Les injections de cacodylate à 10 centigr. ont été pratiquées. M. Dieulafoy leur va substituer le remède de M. Gautier : l'arrhénal aux doses de 5 centigr.

P. S. — Aux trois formes de tuberculose ganglionnaires signalées par M. Dieulafoy, on peut en adjoindre une quatrième décrite par M. Marcel Labbé : la tuberculose ganglionnaire à forme d'adéno-lipomatose symétrique.

Rare chez les enfants, l'adéno-lipomatose se montre surtout entre 25 et 50 ans ; elle se caractérise par la production de masses lipomateuses symétriques, diffuses, situées au niveau des régions ganglionnaires, débutant et prédominant en général à la région cervicale. Au milieu de ces lipomes de consistance semi-molle élastique, on sent de petites masses ganglionnaires plus dures, roulant sous le doigt (Launois et Bensaude). La symétrie des masses graisseuses, leur localisation aux régions ganglionnaires, la présence de petits ganglions au milieu de la tumeur distinguent l'adéno-lipomatose des lipomes ordinaires. La cause de la maladie est obscure, mais M. Labbé a démontré la nature tuberculeuse de certains cas à la fois par l'évolution clinique, les antécédents du malade et la réaction à la tuberculine. M. Quéry dans un travail récent (Lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale, *Th. Paris*, 1902), partage l'opinion de M. Labbé. Les tumeurs, selon lui, dépendent dans la plupart des cas de l'adénite tuberculeuse ; l'alcoolisme jouerait également un rôle ; sur 76 observations recueillies par l'auteur, il a trouvé 33 fois des symptômes d'alcoolisme très nets.

Digitized by Google

Le pouls instable dans l'hypotension artérielle. — On connaît le pouls instable décrit par M. Huchard : un malade, dès qu'il s'assied dans son lit ou se lève, voit tout d'un coup monter le chiffre de ses battements ; le nombre augmente de 10, 20 pulsations et davantage. Ce pouls instable est d'ordinaire associé à l'hypotension artérielle. Ce n'est pas à dire toutefois que toute hypotension soit suivie de l'instabilité du pouls. Dès 1897, M. Papillon avait insisté sur ce fait : il existe des cas d'hypotension artérielle avec pouls stable. Cette particularité se rencontre surtout au début de la tuberculose pulmonaire.

M. le Pr Grasset, dans des recherches poursuivies avec M. Calmette, a constaté que cette assertion n'était pas toujours vraie. L'hypotension de la tuberculose se rencontre avec un pouls stable, il est vrai, mais l'inverse peut se produire et le pouls se montrer instable, ainsi que les auteurs l'ont noté dans 4 cas. En outre, à supposer même que la stabilité du pouls soit enregistrée dans l'hypotension, cette association de la stabilité du pouls et de l'hypotension n'est pas spéciale à la tuberculose. On l'observe dans des affections du cœur (insuffisance mitrale), du foie (cirrhose atrophique), du sang (chlorose). Puisqu'on ne peut expliquer cette stabilité du pouls dans la tuberculose par une action spéciale du poison tuberculeux, d'autres maladies que la tuberculose présentant le même phénomène, il convient d'en rechercher la cause ailleurs.

A l'état normal, la tension artérielle diminue dans la station assise ou debout. Or, la fréquence du pouls augmente quand la tension diminue. Cette loi a été établie par Marey. De là les pulsations accrues de nombre dans la station assise ou verticale; point n'est besoin d'être malade pour présenter ce signe. Cette tachycardie relative se produit chez des individus sains et par l'intermédiaire du système nerveux, de ce qu'on pourrait appeler l'appareil nerveux de défense circulatoire. Mais si l'individu est malade, l'excitabilité de cet appareil peut être exagérée, l'impulsion pulsatile est mal ordonnée, l'instabilité du pouls se produit. Supposons au contraire cette excitabilité réduite, si réduite qu'elle confine à l'insuffisance, l'hypotension n'a plus d'influence sur la fréquence du pouls. Le malade gardera un pouls stable. L'instabilité du pouls dans l'hypotension ne signifie donc pas une gravité obligée ; au contraire cette instabilité indique un système nerveux qui réagit avec force. C'est la stabilité du pouls bien plutôt que l'instabilité qui est sérieuse ; car elle indique un système nerveux qui a fléchi et se montre à bout de résistance. La clinique confirme ces données. Dans quelles maladies s'observe le pouls instable ? Dans celles qui guérissent, dans les convalescences de grippe, de rhumatisme aigu, de fièvre typhoïde. Quand trouvons-nous au contraire le pouls stable? Chez les hypotendus durables et gravement compromis, les tuberculeux, les cirrhotiques, les cachectiques. (*Congrès de Toulouse*).

L'insuffisance hépatique sans ictère dans la pneumonie. — L'ictère au cours de la pneumonie était connu des anciens cliniciens, mais le foie peut être touché sans qu'il y ait ictère et ce sont des faits de cet ordre que M. le Pr Picot (de Bordeaux) vient de mettre en lumière. Dans le tiers des cas de pneumonie, on constate des signes d'insuffisance hépatique; l'étendue de la lésion locale n'influe en rien sur le trouble du foie et des pneumonies doubles peuvent évoluer sans qu'aucun signe hépatique réponde à l'hépatisation pulmonaire.

M. le Pr Picot décrit trois sortes d'insuffisance hépatique dans la pneumonie : 1° la forme légère ; 2° la forme grave ; 3° la forme très grave et mortelle.

La forme légère se traduit par une augmentation de volume du foie qui dès le troisième jour peut déborder le rebord costal de trois à quatre travers de doigt. Les urines renferment du pigment rouge brun, de petites quantités d'albumine, de l'urobiline, des sels et des acides biliaires. Pour déceler ceux-ci, le praticien peut se servir de la *réaction d'Haycraft*. On étale de la fleur de soufre à la surface de l'urine ; la fleur de soufre tombe au fond du verre à expérience si l'urine renferme de l'urobiline, des sels ou des pigments biliaires. Pour que l'expérience réussisse, il faut opérer ainsi que l'ont démontré MM. Chauffard et Gouraud, avec de l'urine fraîche et filtrée. La réaction de Haycraft peut déceler l'urobiline, mais elle convient surtout aux acides biliaires. L'altération urinaire peut se prolonger quelques jours après la guérison ; la diminution de volume du foie suit la défervescence.

Dans la forme grave apparaissent les troubles du système nerveux. La *réaction d'Haycraft* se montre dès le début du mal; il peut y avoir de l'albuminurie abondante, voire de la glycosurie. Le foie est douloureux et très hypertrophié. Les malades délirent ; leur délire est d'abord tranquille, puis l'agitation survient, les cris, le besoin de sortir du lit. Ce délire est indépendant de la fièvre et se manifeste parfois lors de la convalescence. Il disparaît en 2 ou 3 jours en même temps que les troubles urinaires.

Mêmes caractères cliniques dans la forme très grave et mortelle. Le foie est augmenté de volume, les modifications chimiques de la sécrétion urinaire sont plus accusées, le délire plus intense aboutit au coma et à la mort.

Le pronostic de la pneumonie est toujours chose

Digitized by Google

difficile les premiers jours. En découvrant l'hypertrophie du foie ; en cherchant les signes d'insuffisance hépatique, le praticien possèdera un jalon qui lui permettra quelques prévisions ; la réaction d'Haycraft retrouvée dans les urines annoncera toujours une pneumonie sérieuse. C'est dire que chez tout pneumonique, il conviendra d'examiner avec soin le foie et les urines *(Congrès de Toulouse)*.

Sur le diagnostic de l'aortite abdominale. — Les signes de l'aortite abdominale sont obscurs. M. Teissier en décrit deux : 1° Les battements de l'aorte abdominale sont influés par les grands mouvements respiratoires ; dans les inspirations profondes, ils deviennent bigéminés ; 2° la pression de l'artère pédieuse est augmentée; tandis qu'à l'état normal, la pression de ce vaisseau est inférieure à celle de la radiale de 2 à 3 centim. de mercure, elle égale et arrive même à dépasser celle de la radiale dès qu'une aortite abdominale est en cause. L'auteur insiste en outre sur la facilité de ces malades à faire de la fièvre, cette hyperthermie étant sans doute d'origine locale. (*Congrès de Toulouse*).

PHARMACOLOGIE

Sous-nitrate et salicylate de bismuth. — Une thèse toute récente sur les sels de bismuth à acides organiques (1) nous amène à parler du sous-nitrate et du salicylate de bismuth. Entre ces deux médicaments, il ne saurait y avoir d'hésitation, le meilleur est sans contredit celui de la vieille thérapeutique ; depuis longtemps déjà notre maître M. Huchard s'en tient exclusivement à son usage.

Le sous azotate de bismuth agit à la fois par son acide et par sa base. A ne considérer que ses propriétés anti-diarrhéiques, sans parler de ses propriétés stomachiques, ce médicament est à la fois un absorbant et un antiseptique. Absorbant parce qu'il fixe les divers gaz sulfurés de l'intestin en donnant du sulfure de bismuth ; antiseptique parce que sous l'influence de cette réaction il met en liberté de l'acide azotique que ses propriétés oxydantes placent au premier rang parmi les désinfectants.

Examinons maintenant quelle peut être l'action du salicylate de bismuth. La base étant la même, l'action absorbante reste, mais le médicament traîne avec lui tous les inconvénients de la médication salicylée, vertiges, bourdonnements d'oreille, etc.

En arrivant dans l'estomac, ce sel (admettons pour le moment qu'il en est un) sera décomposé sous l'influence de l'acide chlorhydrique. L'acide salicylique mis en liberté va agir en paralysant l'action des ferments digestifs tandis qu'il reste bien loin derrière l'acide azotique comme antiseptique intestinal. Rappelons, d'un mot, que l'acide salicylique est contre-indiqué dans les dyspepsies, affections rénales, athérome, grossesse, affections nerveuses, etc. (Lajoux et Granval).

A tout cela il faut ajouter que, d'après la thèse de Thibaut, les différents salicylates de bismuth connus jusqu'à aujourd'hui ne sont pas des composés définis; bien plus, celui qui est préparé *suivant* la méthode du Codex (Supplément 1895) et c'est le médicament officiel, n'est qu'un simple mélange d'acide salicylique et d'oxyde de bismuth hydraté. Cet oxyde de bismuth est lui-même impur, car tous les procédés usités pour préparer ce composé le donnent souillé de quelques centièmes de l'acide minéral du sel qui a servi à sa préparation. Ces faits, déjà pressentis par le professeur Prunier, ont été mis en évidence par Thibaut qui a montré qu'un seul lavage à l'alcool suffit pour enlever au pseudo salicylate de bismuth la presque totalité de son acide salicylique. D'ailleurs l'examen microscopique montre un mélange non homogène dans lequel on reconnaît des aiguilles d'acide salicylique. On voit que, dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de faire intervenir l'acide chlorhydrique du suc gastrique pour mettre l'acide salicylique en liberté.

Ce n'est pas à dire que le salicylate de bismuth n'existe pas ; mais son existence est toute récente. Thibaut est parvenu à préparer à partir de l'oxyde de bismuth anhydre, qu'il obtient pur par un procédé absolument nouveau, un salicylate de bismuth défini. C'est une poudre gris rosé nettement cristallisée et douée d'une certaine stabilité. Ce produit, nouveau venu dans la chimie, passera peut être dans la thérapeutique ; en tous cas les reproches faits au médicament qui avait usurpé sa place portent également contre lui.

Signalons en terminant qu'on ne doit jamais prescrire le mélange appelé jusqu'ici salicylate de bismuth avec le carbonate de chaux qui pourrait lui être associé comme absorbant. Si, par exemple, on a formulé

Carbonate de chaux.....	0 gr. 50
Salicylate de bismuth..... ...	0 — 50

Pour un cachet.

les cachets, lorsqu'ils seront plongés dans l'eau, éclateront avec projection de leur contenu, sous la poussée de l'acide carbonique dégagé par la réaction de l'acide salicylique libre sur le carbonate de chaux. — E. A.

(1) Thibaut. Contribution à l'étude des composés du bismuth inscrits au supplément du Codex. Paris 1902. — Gauthier-Villars, éditeur.

Digitized by Google

TOXICOLOGIE

Les brûlures du larynx par le sublimé. — En prescrivant les pilules de Dupuytren qui renferment du sublimé (1 centigr.), le praticien se doute-t-il qu'il risque d'occasionner des accidents laryngés ? Des brûlures peuvent être produites par le sublimé pris à dose toxique ; le larynx et la gorge deviennent le siège de douleurs vives, la voie s'enroue; la langue se desquame et se recouvre de petites plaques blanchâtres. Le voile du palais et les piliers se recouvrent de larges plaques diphtéroïdes. Le repli ary-épiglottique peut se tuméfier et masquer la bande ventriculaire.

Mais des troubles survenant après l'ingestion d'une pilule de Dupuytren, le fait n'avait pas encore été signalé. M. Garel rapporte une observation de ce genre (*Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1902). Un jeune confrère qui absorbait des pilules à 1 centigramme de sublimé avec 7 à 8 centigr. d'excipient se fit un jour faire des pilules plus petites dans lesquelles l'excipient n'entrait plus que pour 4 centigr. Le 11 mars, il roule dans ses doigts la pilule qu'il allait prendre et sous l'influence de la chaleur, il la ramollit considérablement. Il l'avale néanmoins, mais la pilule, au lieu de descendre directement dans l'œsophage, s'arrête à l'entrée du côté gauche. Aussitôt il ressent une sensation de corps étranger et de gêne suivie bien vite d'une cuisson violente irradiée vers le cou et l'épaule. A l'examen laryngoscopique, œdème opalin du volume d'une grosse graine de raisin, siégeant sur l'aryténoïde gauche. Un badigeonnage à la cocaïne, l'usage du lait calment la douleur.

Les jours suivants, l'œdème disparaît, laissant à sa place une escarre blanchâtre.

Cette observation montre qu'il est important de ne pas diminuer la dose d'excipient dans les pilules de sublimé ; elle prouve aussi qu'il est prudent de boire une certaine quantité de liquide après chaque pilule si l'on veut éviter des brûlures analogues dans l'estomac.

PÉDIATRIE

Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite. — Faut-il permettre l'allaitement à des nourrices qui ont leurs règles ? La question est souvent posée au praticien ; l'opinion publique répond avant lui. Elle estime que l'allaitement doit être interdit aux femmes qui continuent d'avoir leurs époques. La santé de l'enfant est attachée à l'observation de cette règle ; les nourrissons se développent mal en pareille conjoncture.

M. le Dr Ch. Roche a écrit un travail intéressant sur la question (*Th. Paris*, 1901), et nous reproduit les idées de M. le Pr Budin à ce sujet.

Environ 42 nourrices sur 100 conservent leurs règles. L'influence que le retour de leurs époques cataméniales exerce sur la santé de l'enfant se traduit par les quatre conséquences suivantes : 1° *une diminution de poids*. Des enfants qui gagnaient de 25 à 30 gr. par jour présentent dans les jours qui correspondent aux époques menstruelles une diminution de quelques dizaines de grammes ; 2° *un arrêt dans l'augmentation de poids*. L'apparition cataméniale, sans faire baisser la courbe du poids, remplace l'ascension habituelle par un plateau de quelques jours ; 3° *une diminution relative de poids*. Au lieu de gagner 25 à 30 gr., les nourrissons ne montrent plus que des accroissements de 2 à 5 gr. par jour; 4° *une augmentation de poids*. Ceci est plus rare, les enfants pendant les règles de leur nourrice montent brusquement dans leur augmentation de poids, de 20 à 40 gr. par jour. Cette augmentation désordonnée est souvent le prélude de troubles digestifs et d'une diminution plus considérable.

Ces troubles digestifs qui surviennent au moment de l'époque menstruelle se traduisent par des vomissements, des selles grumeleuses, mal liées, verdâtres. Ce sont ces faits qui par leur brusquerie et leur ressemblance avec une intoxication ont mis dans l'esprit du public la croyance que les règles viciaient le lait de la mère, et que continuer l'allaitement dans ces conditions équivalait à empoisonner l'enfant. D'autres enfants deviennent grognons, offrent des poussées eczémateuses. et M. Roche pense que la menstruation de la mère est cause de ces modifications de caractère et accidents. D'ordinaire tous ces malaises et complications sont passagers, et sauf les diminutions de poids qui peuvent persister, n'excèdent pas la durée de l'époque cataméniale.

A prendre les choses dans leur ensemble, il semble donc que l'allaitement d'un nourrisson par une femme réglée n'est pas sans inconvénients pendant la période menstruelle. Rien que de naturel à cette constatation : la sécrétion lactée est moins abondante, elle peut être insuffisante chez la mère, et c'est de cette cause que découlent les accidents présentés par le nourrisson.

L'apparition de la menstruation chez une nourrice, sans être une contre-indication à l'allaitement, entraîne donc de la part du praticien quelques recommandations utiles. Comme le lait de la mère diminue de quantité, il sera indiqué de suppléer à cette insuffisance en administrant au nourrisson du lait stérilisé. Si toutefois la mère avait du lait en abondance, il est possible que la diminution de la sécrétion au moment de la période menstruelle ne nécessite pas semblable précaution. L'enfant trouvera

Digitized by Google

toujours de quoi s'alimenter au sein maternel. Ce n'est qu'après l'observation d'une période menstruelle et des jours suivants qu'on se décidera à prendre un autre parti et à recommander le lait stérilisé.

En cas d'intolérance du tube digestif — vomissements et diarrhée — on diminuera la ration alimentaire du bébé, on espacera les tétées, ou plutôt on en diminuera la durée. On sait en effet que le lait de la fin de la tétée est plus riche en beurre que celui du début. Réduire la durée de la tétée est donc un moyen de faire prendre à l'enfant un lait moins riche.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement des affections parasyphilitiques. — M. Leredde vient de combattre les idées de M. Fournier, touchant les affections parasyphilitiques. Tour à tour, devant la Société de dermatologie et de syphiligraphie et au Congrès de Toulouse, il a démontré que ce terme de parasyphilis n'était qu'un mot et que les trois grandes maladies : le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie buccale, englobées sous une pareille rubrique, étaient en réalité et directement syphilitiques, qu'elles n'étaient pas seulement d'origine, qu'elles étaient aussi de nature syphilitique, et qu'un traitement mercuriel et intensif était capable d'en venir à bout et de les guérir. M. Lemoine (de Lille) corrobore les idées de M. Leredde. Il a obtenu de très bons résultats thérapeutique, de l'emploi du benzoate de mercure à hautes doses (0,04 à 0,05 centigr. par jour pendant des périodes de 25 jours séparées par des intervalles de repos). La paralysie générale, le tabes ont maintes fois été améliorés par cette méthode. L'amélioration qui suit le traitement se manifeste au bout de deux à trois mois dans la paralysie générale. Les douleurs fulgurantes du tabes sont amendées tout de suite ; les troubles moteurs ne s'améliorent qu'au bout de 4, 5 et 6 mois. M. Lemoine a retiré ces bons effets surtout dans le tabes à marche rapide ; dans les cas chroniques il n'a rien obtenu. M. le Pr Lépine use tantôt des frictions, tantôt des injections de bi-iodure. Ce sel peut être porté aux doses de 0,06 centigr., soit plus de dix fois la quantité injectée d'ordinaire. M. Lépine n'a eu qu'à se louer de sa méthode, quand elle était employée au début du mal. M. Pitres qui n'a pas employé les hautes doses préconisées par les auteurs précédents, n'avait jusqu'aujourd'hui pas observé d'amélioration nette et durable dans les affections parasyphilitiques.

Le traitement de la syphilis subit en ce moment une transformation notable. Il est à remarquer que les anciens auteurs, à l'époque où l'on employait la mercurialisation à haute dose, ne parlent guère de maladies ressemblant au tabes. Celui-ci a peut-être augmenté de fréquence, du jour où l'on a diminué les doses de mercure administrées aux syphilitiques Quoi qu'il en soit, et sans revenir aux anciennes doses, on dépasse de beaucoup celles qui étaient ordonnées jusqu'aujourd'hui. Personnellement nous avons vu de très beaux résultats obtenus dans le service de M. A. Robin par le benzoate de mercure aux doses de 0 gr. 05 en injections sous-cutanées.

Les bains d'acide carbonique dans les cardiopathies. — Battistini et Rovere, de la clinique du Pr Bozzolo, de Turin, ont étudié l'effet des bains d'acide carbonique artificiels sur 13 malades. Deux convalescents de fièvre typhoïde s'en trouvèrent bien ; des mitraux et un enfant, avec persistance du conduit de Botal, supportèrent bien les bains et furent améliorés par la cure. Plusieurs aortiques et artérioscléreux n'en retirèrent aucun bénéfice, et on dut interrompre la cure balnéaire, à cause de l'hypertension persistante et de ses conséquences fâcheuses. Chez un homme de 40 ans, atteint de goître exophthalmique, la tachycardie diminua ; la tension artérielle baissait régulièrement pendant le bain et ne remontait qu'assez longtemps après ; la diurèse augmentait, mais le malade n'éprouvait pas de soulagement subjectif. (*Zeitschrift f. diæt. et physik. Therap.*)

En somme, ce travail confirme les notions courantes, à savoir que les bains élèvent la tension artérielle, qu'ils ralentissent le pouls, qu'ils régularisent certaines arythmies et qu'ils calment les sensations douloureuses, l'oppression et les palpitations. Ils n'ont que peu d'influence sur la diurèse.

Le régime lacté exclusif dans le diabète. — Après de nombreux auteurs français et étrangers, Winternitz et Strasser ont soumis des diabétiques gras et des diabétiques maigres au régime lacté exclusif ; ils ont vu le sucre des urines disparaître sous son influence ; quand le diabète était compliqué de néphrite interstitielle avec albuminurie, l'albumine disparaissait également. Chez quelques malades on trouva de l'acétone, et Winternitz pense qu'il provient de l'autophagie provoquée par l'insuffisance alimentaire en hydrates de carbone, comme cela se passe chez les gens sains (*Blætter f. Klin. Hydrotherapie*). Chez quelques malades le sucre reparaît dès qu'on rend de la viande au malade, ou dès qu'on reprend le régime mixte. D'autres restent sans sucre pendant des mois, même en vivant comme tout le monde. Les résultats sont encore meilleurs si on soumet les malades à l'hydrothérapie et la gymnastique médicale. = Bd.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Une cause de mort imprévue après la néphrectomie. — M. Alf. Pousson (de Bordeaux), rapporte l'observation d'un malade néphrectomisé pour pyélonéphrite droite calculeuse, et qui succomba d'anurie cinquante heures après l'intervention.

L'examen clinique permettait de supposer que le rein gauche fonctionnait normalement, car il n'y avait pas la moindre sensibilité ni tuméfaction rénale gauche, l endos copie avait révélé un orifice urétéral gauche normal par où s'écoulait, à intervalles réguliers, une urine absolument claire, la sécrétion urinaire d'après les résultats de trois analyses faites à quelques jours d'intervalle ne laissait rien à désirer; l'élimination du bleu de méthylène un peu retardée s'était faite sensiblement dans les délais normaux. La séparation intravésicale des urines et la cathétérisme urétéral était étaient impraticables.

L'autopsie révéla un rein gauche augmenté de volume et de poids (275 gr.), mais paraissant microscopiquement sain; par contre, l'examen histologique permit de constater une congestion intense et une inflammation épithéliale suraiguë du rein, ayant déterminé la variété d'anurie dite canaliculaire.

M. Pousson conclut que le rein avant l'intervention était sain, comme l'avait montré la clinique, et que, si dans la majorité des cas un rein sain supporte sans faillir le travail supplémentaire qui lui est imposé après l'extirpation de l'autre rein, il peut aussi parfois succomber à sa tâche, en raison de l'insuffisance de ses éléments anatomiques.

Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte. — M. Guinard, à l'occasion d'un anévrysme de la crosse de l'aorte lié à son pédicule sur le gros vaisseau, le sac ayant été laissé en place (opération faite par M. Tuffier), considère que l'extirpation des anévrysmes de la crosse de l'aorte doit être rejetée pour trois raisons : elle est extrêmement grave quand on peut la pratiquer; elle est le plus souvent impossible à pratiquer; elle ne met pas à l'abri des récidives et n'est donc pas une opération radicale, car dans la plupart des cas on voit l'aorte se dilater ultérieurement, et l'ectasie gagner le tronc brachio-céphalique ou tel autre gros tronc de la base du cou. « Ce sont des malades qu'on pourrait presque comparer à des cancéreux, au point de vue de la récidive locale ou à distance. » Il propose le bénéfice considérable qu'on obtient avec une opération simple et innocente : la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.

Plaie de la sous-clavière et du plexus-brachial par un coup de couteau. Intervention. Guérison. — M. Legueu raconte l'histoire d'une femme qui, dans une tentative de suicide, s'enfonça au niveau de la dépression sus-sternale un vieux couteau, dont la lame émoussée sectionna presque complètement la sous-clavière gauche, et lacéra les deux dernières paires du plexus-brachial. Il s'ensuivit des symptômes immédiats de paralysie radiculaire inférieure et la suppression immédiate du pouls radial, suivie les jours suivants d'une petite tumeur sus et rétroclaviculaire présentant tous les symptômes d'une tumeur anévrysmale.

L'opération pratiquée dix jours après l'accident, consista dans une habile ligature des deux bouts de l'artère sectionnée, dans la libération de la poche et dans la décortication des paires nerveuses de la gangue cicatricielle qui les entoure.

Huit mois après l'opération, le pouls radial n'est pas perceptible, la circulation est réduite au minimum; la sensibilité est supprimée le long du bord externe de l'avant-bras et à la main dans le domaine du cubital; la motricité affaiblie pour l'avant-bras est nulle dans la main; l'atrophie musculaire, considérable à la main, va diminuant de l'extrémité du membre à sa racine.

Ponction lombaire dans les traumatismes du crâne. — A la suite d'une présentation, faite par M. Demoulin, de liquide céphalo rachidien teinté en rouge, dans deux cas de traumatisme crânien suivi de symptômes de commotion cérébrale d'intensité moyenne (sans radiographie), M. Delorme rappelle qu'il y a 25 ans, M. Duret avait montré que, dans les cas de commotion moyenne du crâne sans fractures, il existait toujours un épanchement sanguin dans les lacs sous-arachnoïdiens. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le IVe Congrès de l'Association des Anatomistes à Montpellier. — Nous avons parlé dans notre dernier numéro (19 avril), du Congrès des Anatomistes et de la valeur des travaux toujours très haute qui y avaient trouvé jour. MM. Bonnamour et Policard, préparateurs d'histologie à la Faculté de Lyon, veulent bien nous adresser aujourd'hui le compte rendu de ce Congrès. On est véritablement étonné de la somme de travail dépensée et de l'effort mené à bonne fin. Le programme du *Journal des Praticiens* — dirigé dans un sens essentiellement pratique — ne nous permet malheureusement pas de donner l'exposé de toutes les questions importantes, tel que nous l'ont fourni MM. Bonnamour et Policard. Absorbés par les soucis de la tâche quotidienne et des visites aux malades, nos lecteurs n'ont pas le loisir d'apprécier, comme il conviendrait, la conception large à la fois et servie par un travail d'analyse méticuleux et patient, qui signale nombre de productions présentées à ce Congrès. Citons seulement le titre de quelques-unes d'entre elles : M. le Pr Renaut (de Lyon), a décrit l'*Histologie et la cytologie des cellules osseuses*; le *développement des fibres osseuses* l'a également occupé dans le même travail. Le même auteur a étudié la *Variation modelante des vaisseaux sanguins*; la *Période des cellules vaso-*

Digitized by Google

formatives dans l'épiploon du lapin et de quelques mammifères M. Regaud (de Lyon), nous a parlé de l'*Epithélium séminal du moineau* et de l'*Etude cytologique du tube urinifère de la lamproie*, ce dernier mémoire en collaboration avec M. Policard. De M. Bonnamour (de Lyon), nous avons des *Recherches histologiques sur la sécrétion des capsules surrénales*. M. Waldeyer (de Berlin), a étudié l'*Anatomie du périnée* et l'*Ouverture de l'urèthre dans la vessie*. M. Bosc (de Montpellier) par l'étude de la clavelée, maladie parasitaire du mouton, essaie de *relier le cancer aux maladies infectieuses proprement dites*. Citons encore les communications de MM. Koelliker (de Würtzbourg), d'Alezais (de Marseille), de Retterer (de Paris), Hédon (de Montpellier). Nous en passons et des meilleurs. Tous ces mémoires, outre l'intérêt scientifique et l'originalité qu'ils présentent, et qui les distingue, se recommandent par un autre trait général et qui n'est pas des moins recommandables. Ils sont conçus dans un but exclusivement désintéressé, et tout à l'honneur de la science, sans que les auteurs recueillent d'autre avantage de leur labeur, que le plaisir du travail scrupuleusement accompli. Cela n'est pas un mince mérite. Peu de publications médicales à notre époque peuvent se recommander à leur source d'un mobile aussi élevé.

La prochaine réunion aura lieu à Pâques 1903, à Liège, sous la présidence de M. le Pr Swaen.

Académie de Médecine (*22 avril*). — Le Président lit l'éloge de M. Rendu. Quelques présentations d'ouvrages et la séance est levée à 3 h. 1/2.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène, par MM. P. Miquel et R. Cambier, directeur et sous-directeur du Laboratoire de la Ville de Paris. (1 vol. in-8° jésus de 1.059 pages, avec 224 figures en noir et en couleur, broché, prix : 45 francs.)

La compétence spéciale des auteurs assure une valeur très haute à ce beau volume imprimé sur papier de luxe, et illustré de nombreuses figures en couleur. Il sera très utile à tous ceux qui demandent à la fois des connaissances générales sur la bactériologie et des notions précises sur la botanique et la technique bactérienne. Les agents microbiens des maladies, des fermentations et de la transformation de la matière organique, y trouvent leur histoire contée avec soin. Les traités sur la bactériologie vieillissent vite; c'est pourquoi ce dernier né, très complet, et se présentant sous une forme élégante qui en facilite singulièrement la lecture, ne saurait manquer d'être favorablement accueilli.

Manuel d'électrothérapie et d'électro-diagnostic, par le Dr Albert Weil. (Félix Alcan, édit., 1 vol. in-12, de la collection Médicale, avec 80 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, prix : 4 francs.)

Le praticien ne saurait se désintéresser des applications électrothérapiques. Une maladie souvent grave, la maladie de Basedow, ne guérit guère que par un traitement à la fois galvanique faradique, très simple de technique et pourvu qu'on possède une pile à courants continus et une autre à courants induits, à portée de tous. Bien d'autres affections se trouvent bien du traitement électrothérapique. Les praticiens désireux d'utiliser pareille méthode dans leur clientèle, consulteront avec profit l'ouvrage du Dr Weil, au courant des derniers procédés introduits dans l'électrothérapie et l'électro-diagnostic.

Alimentation et hygiène des enfants. (1 vol. in-8°, figures, 4 fr.; Paris, Vigot frères), et **Aliments, boissons, condiments**, par le Dr F. Cayla, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, (1 vol. in-8°, avec figures, 5 fr.; Paris, Vigot frères).

Ces deux volumes, consacrés à des questions d'une haute portée journalière, seront consultés avec fruit par les gens du monde, tant l'exposé en est clair et simple, et aussi par les médecins soucieux de se renseigner et de posséder des notions précises sur les propriétés des diverses substances alimentaires et sur l'alimentation des nourrissons. Un grand nombre de détails qui ne trouvent pas place dans les grands traités didactiques, notamment ceux qui ont trait à l'hygiène alimentaire sont abordés par M. Cayla et traités avec autorité.

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, par Alfred Filassier. (Paris, Jules Rousset, éd., 1 vol. in-8° de 490 pages, prix : 7 francs.)

Ce livre intéresse les confrères chargés de services d'hygiène. Il les renseignera sur les divers règlements sanitaires dont ils peuvent disposer, à l'effet d'améliorer les conditions hygiéniques où vivent leurs concitoyens.

M. le Dr Leredde, bien connu par ses travaux de dermatologie, vient de fonder un nouveau journal : la *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*. Le journal s'adresse aux médecins-praticiens, et les dermatoses communes y tiennent la haute place. Seulement, comme l'essentiel en thérapeutique dermatologique est de chercher à ne jamais rien faire sans savoir pourquoi, l'auteur ne se bornera jamais à présenter une nomenclature de formules sèches et vides. Il les animera par l'adjonction d'un commentaire qui tiendra compte de toutes les difficultés à éclaircir : quelles sont les indications, quel mode d'emploi, quels inconvénients. Le premier numéro contient un article original sur la méthode aseptique en dermatologie, et la question des injections mercurielles dans la syphilis. Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Aliment complet de Maxime Groult fils convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète, les goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fleury

PARIS. — IMP. CHARLES COLLAMARIE, 207, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin.

L'ulcère, l'hypochlorhydrie et le cancer de l'estomac

Les traités classiques ont le tort de ne pas mettre le médecin aux prises avec les difficultés de la pratique médicale. Dans la clientèle, il ne s'agit pas de discuter à perte de vue sur un diagnostic : tout de suite, il faut dégager de l'ensemble des symptômes les lignes directrices qui autorisent le diagnostic et conduisent à un traitement efficace. C'est pourquoi dans les leçons cliniques que nous inaugurons aujourd'hui, nous ne nous perdrons pas dans des considérations théoriques, nous n'apporterons à l'exposition ni érudition, ni apprêt. Nous prenons les malades tels qu'ils se présentent dans la clientèle; nous les examinerons avec vous et séance tenante, sans autres renseignements, que ceux que nous avons pu acquérir par l'examen présent, comme pour une consultation dans notre cabinet, nous instituerons le traitement.

J'ai fait venir trois malades atteints d'affections stomacales diverses. M. Dupasquier, mon interne, les a examinés et c'est lui qui les a choisis.

Le premier de ces malades est une femme de 30 ans. Elle est petite, d'aspect délicat et souffre depuis 4 mois. De quoi se plaint-elle? De crampes d'estomac et de vomissements. Quand se produisent ces crampes et ces vomissements ? Tout de suite après les repas. Ce seul renseignement nous met déjà sur la voie.

Ce double signe de douleurs et de vomissements se rencontre dans les dyspepsies. Celles-ci peuvent se grouper dans trois classes principales : 1° les dyspepsies hyposthéniques par défaut ou insuffisance de la sécrétion gastrique ; 2° les dyspepsies hypersthéniques ou par excès de la sécrétion gastrique ; 3° les dyspepsies avec fermentations.

Notre malade peut-elle être rangée dans une de ces classes ? Le début de son interrogatoire permet déjà de répondre que non. Chez elle, les vomissements et les douleurs surviennent immédiatement après le repas. Or, dans l'hypersthénie ou hyperchlorhydrie, les douleurs sont calmées par l'ingestion alimentaire et ne se réveillent guère qu'une heure après. L'hyposthénie ou hypochlorhydrie se caractérise par des pesanteurs et du ballonnement bien plus que par une douleur vraie. Et dans les dyspepsies par fermentations la douleur est tardive. Elle n'apparaît que lorsque le bol alimentaire commence à fermenter, c'est-à-dire 4 à 5 heures après les repas.

Ici la douleur et le vomissement étaient immédiats. Cette jeune femme n'est donc pas une dyspeptique.

A-t-elle un ulcère de l'estomac ? C'est probable.

L'ulcère gastrique donne en effet lieu à une douleur qui suit tout de suite le contact de la muqueuse avec le bol alimentaire. Cette douleur est d'ordinaire limitée et localisée en un point du creux épigastrique. Cherchons ce signe de limitation de la douleur: il n'existe pas. La douleur est diffuse.

Mais voici qu'en le cherchant, une autre constatation s'impose à notre attention : au niveau de la paroi épigastrique, l'existence d'une tumeur. Quelle est cette tumeur ? Elle est lisse, indurée et semble se continuer avec le foie. En effet, la ligne de matité hépatique se prolonge directement avec la tumeur ; d'autre part, le foie est hypertrophié, mais non d'une façon régulière. L'hypertrophie du lobe droit est peu prononcée, celle du lobe gauche est au contraire beaucoup plus forte ; est ce le lobe gauche qui constitue la tumeur du creux épigastrique ? Bien certainement Mais alors comment interpréter cette hypertrophie localisée du foie ? Les ulcères de l'estomac sont parfois compliqués de périgastrite. Existe-t-il une périgastrite ? On la peut supposer ; l'ulcère siègerait à la face antérieure de l'estomac et aurait par l'intermédiaire de la périgastrite contracté des adhérences avec le foie.

Bien que certains signes d'ulcère, tels que l'hématémèse aient manqué, la lésion ne semble pas douteuse. Elle a sans doute compliqué un état d'hyperchlorhydrie antérieur. Car l'ulcère est une complication possible de l'hyperchlorhydrie et on ne le rencontre guère en dehors de cette dernière. Sur 27 cas d'ulcère stomacal, j'ai retrouvé l'hyperchlorhydrie 27 fois. Nous ne répéterons pas cet examen. Il peut devenir dangereux. Quand il y a soupçon d'ulcère, il ne faut pas introduire de sonde stomacale. Pour n'avoir pas suivi cette règle, Cornillon, Krishaber ont eu à déplorer des cas de mort. Aussitôt la sonde introduite, le malade succombait.

Le praticien doit avant tout s'occuper du traitement. Pour instituer celui ci, nous ne pousserons pas plus loin nos investigations. Elles sont suffisantes.

La malade n'a pas eu d'hématémèse. La cure de repos stomacal n'est donc pas nécessaire. On pourra alimenter. Nous suivrons le traitement de Cruveilhier en administrant le régime lacté absolu : toutes les 3 heures, de 7 h. du matin à 10 h. du soir, un 1/2 litre de lait très chaud, écrémé d'abord pour les premiers jours. Mettant une demi-heure pour avaler cette quantité de liquide, la malade peu à peu augmentera celle-ci ; de 500 cc., elle montera à 700cc., progressivement et en ayant soin de se coucher après chaque ingestion alimentaire. Des boules chaudes, des serviettes chaudes lui seront à ce moment appliquées sur l'estomac.

Comme modérateurs de la sécrétion gastrique, nous

Digitized by Google

ordonnerons 2 gouttes de laudanum avant les prises de lait, 2 à 3 fois par jour, ou bien 4 à 5 gouttes de la mixture suivante :

Teinture de coque du Levant.	àà 6 grammes
— — veratrum viride..	
— — belladone.....	àà 5 —
— - thébaïque.....	
— — badiane	àà 4 —
Ergotine.....	

Cinq minutes après le bol de lait et 3 fois par jour, la malade prendra 0, 50 de pepsine et 1 à 2 pilules de 0,10 de pancréatine.

Le lait parfois provoque de l'hypersécrétion et de l'hyperacidité. Il faut saturer celle-ci. En cas de sensation de brûlure, la malade avalera un des paquets suivants dans un peu d'eau chaude :

Poudre de vanille...	0 gr. 20
Bicarbonate de soude.....	àà 4 grammes
Magnésie calcinée.....	
Sucre en poudre	àà 6 —
Craie préparée.....	

Diviser en 12 paquets.

Outre l'hypersécrétion, le lait peut donner lieu à un autre inconvénient. Il amène des fermentations et d'abondantes productions gazeuses. Le médecin prescrira contre cet accident la potion suivante :

Fluorure d'ammonium	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 grammes

Une cuillerée après la 2e, 3e et 5e prise de lait.

Si les fermentations s'accompagnent de violentes crises douloureuses, on devra arrêter celles-ci et dès le début par l'emploi d'un des paquets suivants :

Magnésie calcinée.....	15 grammes
Bicarbonate de soude	àà 10 —
Sucre	
Sous-nitrate de bismuth.....	àà 8 —
Craie préparée.....	
Codéine.....	0 gr. 05

Mélanger et diviser en 10 paquets.

A côté de l'hypersécrétion et des fermentations, le régime lacté entraîne parfois de la diarrhée. On combattra celle-ci moyennant les gouttes de laudanum (deux gouttes) avant les repas ou bien en se servant de la préparation suivante :

Sous-nitrate de bismuth.....	àà 4 grammes
Diascordium	

Diviser en 16 bols ; un bol avant chaque repas.

La racine de fraisier sauvage (1 gr. 50 en infusion) sera employée dans le même but.

Plus fréquemment qu'à la diarrhée, le régime lacté ouvre porte à la constipation. On évitera la constipation en recommandant des garde-robes à heure fixe. De grands lavements seront administrés avec une sonde de Nélaton (n° 29) ; un litre de liquide sera introduit sous faible pression, l'injecteur étant élevé à 0 m. 50 au plus. La malade renversera le bassin en arrière, de manière à faire couler le liquide dans le colon descendant, elle se tournera ensuite latéralement et du côté droit pour le faire arriver dans le colon transverse ; puis elle se mettra debout de manière à le faire pénétrer dans le cœcum. Si au bout d'un quart-d'heure, il n'y a pas de selle, la manœuvre sera exécutée en sens inverse, en sorte que le liquide soit refoulé du cœcum vers l'ampoule rectale.

Notre malade est atteinte en outre de périgastrite : tous les jours des pointes de feu, superficielles, très rapprochées, seront pratiquées en une série de petits cercles voisins et très étroits.

Voici maintenant deux autres malades, un jeune homme et un vieillard. Leur suc gastrique renferme quelques acides de fermentation et la digestion des féculents s'y fait très bien. Ni l'un ni l'autre n'ont d'HCl dans leur contenu stomacal. Il y a anachlorhydrie. Or ce symptôme se rencontre dans trois sortes d'affections distinctes : 1° l'hypochlorhydrie dans ses degrés d'insuffisance très accusés, 2° la gastrite chronique ; 3° le cancer.

Chez le jeune homme, il s'agit sans doute d'insuffisance stomacale. Ni ses antécédents, ni l'examen local ne permettent de s'arrêter à une gastrite chronique ou à un cancer. Il faut exciter chez lui la sécrétion gastrique; si celle-ci ne se réveille pas, il sera toujours temps de conclure, non à une insuffisance de sécrétion, mais à une gastrite définitive Les Allemands, en pareil cas, ordonnent de l'HCl. La thérapeutique est absurde, elle va dans le sens du mal, l'HCl ingéré agissant par inhibition sur la sécrétion chlorhydrique et empêchant celle ci de reparaître.

Nous réveillerons l'activité glandulaire en donnant à ce malade, 5 minutes avant dîner et souper un des paquets suivants :

Sulfate de potasse	àà 0 gr. 05
Azotate de potasse.....	
Poudre ipéca	0 — 02
Bicarbonate de soude...	0 — 30

Après le repas, on prescrira 8 des gouttes suivantes :

Teinture de noix vomique.....	6 grammes
— de badiane	3 —

On donnera de la viande qui est un excitant naturel de la sécrétion gastrique. 30 gr. à 40 gr. pour commencer. Puis on augmentera peu à peu. En outre, on recommandera le bouillon qui est un admirable aliment, pepsinogène à la fois et peptogène, très pourvu en outre de sels de potasse, qui étant donnée la déminéralisation fréquente chez de pareils malades, viendra en aide à l'organisme appauvri.

Le dernier malade est un homme âgé. Son suc

Digitized by Google

gastrique est dépourvu également d'HCl ; comme chez le malade précédent, il existe quelques acides de fermentation et les féculents sont bien digérés.

Il présente en outre une particularité curieuse : bien que son suc gastrique ne contienne pas d'HCl, il renferme de la pepsine (3 milligr. 8, au lieu de 4 milligr., quantité normale).

La sécrétion de l'HCl et de la pepsine ne sont donc pas connexes puisque la dernière peut exister en dehors de toute acidité. M. le Pr Renaut (de Lyon) a du reste démontré que la sécrétion de l'HCl et de la pepsine s'opérait dans des éléments glandulaires différents. Le praticien fera donc bien, quand la pepsine est absente, de la prescrire, son espoir de ramener la pepsine simplement par le réveil de la sécrétion chlorhydrique pouvant fort bien être déçu.

Quelle est l'affection dont est atteint ce dernier malade ? Une simple insuffisance de la sécrétion ? Son âge, son teint cachectique plaident pour la gastrite chronique ou le cancer. Or, dans la gastrite chronique, il n'y a pas de pepsine. On en trouve ici. C'est donc un cancer que nous avons devant nous. Le malade présente de l'appétit ; cette persistance de l'appétit n'est pas un obstacle ; elle existe dans 15 % des cas de cancer. Au surplus, deux signes très importants font pencher la balance en faveur du cancer : le malade a vomi du sang noir et on constate une certaine rénitence au niveau de son creux épigastrique.

Que faire ? L'opération chirurgicale pratiquée à temps constitue le traitement de choix. Je ne parle pas de la gastro-entérostomie, mauvaise dans ses résultats ; mais on fera la pylorectomie si possible. Cette opération, faite dans de bonnes conditions et quand les ganglions voisins ne sont pas atteints, peut assurer une survie très longue. Je connais une guérison qui se maintient depuis six ans : on en a signalé qui remontent à dix ans. Si le chirurgien refuse d'intervenir, nous devrons nous borner au traitement médical ; une alimentation légère composée de purées de viandes et de légumes, d'œufs, de laitages, le condurango, l'administration de la gastérine de Frémont pourront rendre quelques services.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le sérum de « Trunecek ». — Le *Journal des Praticiens* est par excellence le journal d'actualité; et nous avons ainsi défini celle-ci : « L'actualité n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours, elle est ce qui *se fait* tous les jours dans la pratique médicale. » Actualité et nouveauté ne sont donc pas deux termes synonymes, et c'est pourquoi nous ne nous empressons pas toujours d'accueillir toutes les « nouveautés » qui encombrent la science médicale. Mais quelques journaux médicaux qui n'ont sans doute pas besoin de s'astreindre à la même réserve dans l'intérêt des praticiens, et même beaucoup de journaux extra-médicaux parlent de ce sérum qui serait vraiment extraordinaire, s'il accomplissait tous les miracles annoncés. Voici d'abord la composition exacte de ce sérum :

Sulfate de Soude.....	0 gr. 44
Chlorure de sodium	4 — 92
Phosphate de soude.....	0 — 15
Carbonate de soude...	0 — 21
Sulfate de potasse.....	0 — 40
Eau distillée (p. 100 cent. cubes).	Q. S.

Pourquoi cette formule compliquée ? C'est parce qu'elle forme « exactement » un mélange de tous les sels alcalins constituant normalement la partie inorganique du sérum sanguin et dans leurs proportions respectives. Trunecek (de Prague) qui a imaginé ce sérum, fait une injection de un cent. cube tous les 3 ou 4 jours, et même tous les jours, et il ajoute qu'il arrive à la dose de 5 à 7 cent. cubes. A Prague qui a vu naître ce sérum, on n'a, paraît-il qu'une confiance très limitée dans son efficacité et dans l'enthousiasme de l'inventeur. Mais la confiance augmentant en raison directe de la distance, le sérum est arrivé à produire des effets vraiment extraordinaires dans certains pays d'Europe, en attendant qu'ils deviennent merveilleux dans les autres parties du monde, de plus en plus éloignées. Ce sérum a presque guéri un anévrysme de la sous-clavière (entre les mains de son inventeur); il abaisse la tension artérielle par un procédé physiologique jusqu'ici inconnu, il supprime la dyspnée, il guérit la sclérose artérielle, les maladies des oreilles, l'otite scléreuse, la surdité ; il améliore (sans les guérir encore) les vertiges, les crises d'éclampsie, d'épilepsie, d'urémie convulsive ou délirante, le prostatisme vésical, etc. etc., en raison des relations qui unissent ces états morbides disparates avec l'hypertension artérielle. C'est beaucoup, et c'est trop... Cependant, pour répondre aux questions souvent adressées au sujet de ce sérum, je l'ai expérimenté souvent, tant à l'hôpital qu'en ville, et je suis en mesure aujourd'hui de formuler sur ce sujet, cette conclusion ferme et certaine : le sérum (dit de Trunecek) est une illusion thérapeutique de plus ; il ne fait peut être pas de mal, et c'est tout ce qu'on peut en dire de plus favorable. Il agit par auto-suggestion chez quelques malades et quelques médecins, et son action ne s'appuie sur aucune conception d'ordre physiologique. Ce sérum n'abaisse pas la tension artérielle d'une façon certaine, et il n'a jamais pu (au moins d'après mes expériences) faire rétrocéder en quoi que ce soit, une lésion scléreuse, artérielle ou autre. — H. Huchard.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Le traitement du zona ophtalmique. Utilité des injections de dionine

Par le Dr A. Terson
Ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté

Bien que l'évolution clinique du zona ophtalmique soit aujourd'hui bien connue dans ses détails, il s'agit d'une affection peu fréquente, donnant au médecin et à l'ophtalmologiste de réelles préoccupations par sa localisation gênante, la crainte souvent justifiée de graves lésions de la cornée et de l'iris, la longue durée et l'intensité des douleurs. De plus, l'affection survient en général chez des sujets dont l'état général laisse sensiblement à désirer. Nous ne voulons pas insister ici sur l'intérêt que la pathogénie, plus discutée qu'autrefois, du zona en général ajoute à la question. Pour nous, dans la plupart des cas, le zona est, comme certains l'ont soutenu, une infection à détermination nerveuse.

Quoique la maladie soit rare, diverses coïncidences peuvent amener à traiter presque coup sur coup plusieurs cas d'herpès zoster, alors que des années peuvent se passer sans en avoir l'occasion. Tandis que Cohn et de Wecker ont noté une moyenne de 1 cas sur 5,000 maladies oculaires, nous avons eu à traiter au cours de l'année 1901, 5 cas sur 1.527 nouveaux malades, alors que dans les années précédentes, il nous est arrivé de passer une fois deux années sans voir de zona ophtalmique.

Le traitement du zona ophtalmique reconnaîtra toujours *trois* indications fondamentales, dont deux surtout sont à remplir immédiatement : la première est de calmer les *douleurs* si intolérables ; la deuxième de traiter au plus tôt toute complication du côté du *globe oculaire;* la troisième, de lutter contre l'affection générale, quelquefois malaisée à déterminer, qui a engendré le zona. On sait aujourd'hui que le zona, se développant d'ailleurs presque toujours chez des sujets dont la santé est précaire, est souvent un signe de mauvais augure, soit qu'il survienne aux dernières périodes d'une maladie redoutable et confirmée (tuberculose), soit qu'il soit un des premiers symptômes d'une affection cérébro-spinale ou autre qui plus d'une fois emporte ensuite rapidement le malade. Le pronostic *vital* du zona, doit donc être, suivant les cas, quelquefois envisagé.

Sauf dans les cas frustes et légers, la maladie s'annonce avec fracas, et on est souvent appelé à voir le patient très près du début du mal.

A. *Traitement de la période éruptive.* — On constate chez le malade l'éruption caractéristique, plus fréquente certainement à droite, et occupant, sauf de très rares exceptions, la moitié correspondante du front et du nez. On sait que lorsque l'éruption atteint le nez, les complications oculaires sont plus à craindre. Cette règle, formulée par Hutchinson, n'est pas absolue, mais il est parfaitement vrai qu'elle est exacte pour la majorité des cas. L'éruption est souvent encore en évolution ; sur divers points les vésicules apparaissent, sur d'autres elles sont déjà crevées et ulcérées, sur d'autres enfin il n'y a que l'extumescence rouge préparatoire. L'*œdème* des paupières du côté lésé, et surtout de la paupière supérieure est quelquefois *extrême*, même sans complication oculaire. On inspecte soigneusement l'œil et on pratique même l'examen ophtalmoscopique (lésions possibles de rétinite, d'hémorragie de névrite).

Il existe le plus souvent une rougeur marquée de l'ensemble de la conjonctive. Dans un de nos cas récents, il existait une volumineuse *pustule* conjonctivale. La cornée peut être intacte : on parle toujours d'anesthésie de la cornée dans les cas de ce genre et elle peut exister ; mais nous l'avons vue fréquemment aussi *manquer absolument*, et cela pendant toute la durée du zona, ce dont nous nous assurions en frôlant la cornée avec un fragment de papier.

Quels que soient les liens pathogéniques qui relient souvent la kératite du zona à la kératite neuroparalytique vraie par compression destructive, par dégénérescence ou section, même chirurgicale, du trijumeau, nous n'avons *jamais* vu dans le zona ophtalmique une anesthésie complète de la cornée comme celle que nous avons observée dans plusieurs cas de kératite neuro-paralytique au cours de lésions du trijumeau dans la syphilis cérébro-spinale, par exemple. Aussi, qu'on parle si l'on veut de kératite *névritique* dans le zona, mais non de kératite neuroparalytique vraie comme règle générale. Les lésions de l'œil dans le zona ont plutôt le caractère *actif*, inflammatoire, que le caractère passif, nécrosant, de la kératite dans la paralysie du trijumeau. Le traitement oculaire en reçoit des différences réelles.

A cette période, la plupart des praticiens se bornent à des applications de poudres desséchantes sur l'éruption cutanée (bismuth, talc, acide borique). Les uns crèvent les vésicules du zona, les autres s'en abstiennent soigneusement. Nous avons pour habitude de laisser tranquilles les très petites vésicules, et d'ouvrir avec une aiguille flambée les grosses, s'il en existe. De plus nous n'appliquons pas de suite les poudres desséchantes. Nous préférons agir pendant quelques jours (4 à 5 en général) sur les plaques par des pommades qui peuvent avoir un effet calmant et qui, en tous cas, nous ont paru diminuer d'abord l'étendue et l'épaisseur des énormes *croûtes noi-*

Digitized by Google

râtres, si épaisses et si effrayantes pour l'entourage, et même le patient (d'autant plus qu'il s'agit souvent d'une femme), ensuite la profondeur et la largeur des cicatrices indélébiles qui succèdent à l'eschare.

Nous avons employé à diverses reprises des pommades à la cocaïne à 1/40, avec l'excipient de choix que nous conseillons pour toutes les pommades à appliquer sur l'œil et les annexes, la *lanoline* hydratée mélangée à un quart d'huile de vaseline. Nous avons plusieurs fois utilisé la pommade suivante ;

Chlorhydrate de cocaïne. ...	0 gr. 50
Lanoline Liebreich...	15 grammes
Huile de vaseline.....	5 —

On sait que la lanoline, si usitée et à juste titre en dermatologie, a le précieux avantage d'absorber de l'eau et d'*adhérer admirablement* (ce qui n'est pas le cas de la banale et irritante vaseline) aux surfaces même humides. Cette pommade hydrophile, appliquée trois à quatre fois par jour sur l'éruption, se mélange intimement aux tissus ulcérés et donne quelquefois un peu de soulagement tout en empêchant une eschare trop sèche et trop profonde. Nous lui avons substitué chez plusieurs de nos malades la *dionine* dans les mêmes proportions, et l'effet *analgésique* nous a paru beaucoup plus réel. Nous prescrivons donc :

Dionine.....	0 gr. 50
Lanoline Liebreich.....	15 grammes
Huile de vaseline.....	5 —

à appliquer plusieurs fois par jour sur les surfaces malades. Nous reviendrons tout à l'heure sur le puissant rôle analgésiant que joue la dionine sous diverses formes. Au bout de quelques jours de l'emploi de ces pommades, nous laissons sécher les très petites plaques, sous des poudres absorbantes (bismuth et oxyde de zinc), et peu à peu les grosses plaques, quand leur vive irritation est un peu tombée. Après quelques jours de l'état sec, on remet sur les croûtes un peu de glycérolé d'amidon ou la même pommade, et on enlève une heure après à l'eau chaude les croûtes noires de façon à supprimer au malade cet aspect d'épouvantail quelquefois respecté trop scrupuleusement. Nous avons été peu encouragé à appliquer ici l'orthoforme, auquel on a attribué récemment de graves eschares, que le zona n'a que trop de tendances à produire seul. Le salicylate de méthyle a quelque effet, mais son odeur est extrêmement fatigante pour certains malades.

Les *douleurs* tourmentent si violemment les malades qu'elles sont aussi une réelle source de proccupations pour le médecin. L'antipyrine, la quinine, les hypnotiques et les sédatifs, les pilules d'opium et l'aconitine ont quelque utilité, mais il est banal de rappeler que leur effet est souvent bien insuffisant. Le salicylate de soude (3 à 4 gr.), nous a plusieurs fois donné un soulagement beaucoup plus grand. L'aspirine devra lui être comparée. Les sangsues, les ventouses sèches et scarifiées sur le pourtour supérieur de l'orbite peuvent être utiles. L'électrisation, les massages locaux sont indiqués pour les névralgies qui durent longtemps après l'éruption terminée. Mais à la période aiguë, sans rien abandonner des autres remèdes, on est contraint d'employer les injections analgésiantes. Salva a vanté la cocaïne. Les injections de morphine jouissent d'un pouvoir incontestable et banal, mais elles ont le non moins banal inconvénient d'entraîner quelquefois divers ennuis (vomissements), et d'introduire dans les habitudes du malade un nouvel élément auquel il ne renoncera pas toujours, et qui grossira les rangs des morphinomanes. A côté de ces cas, la morphine sera quelquefois *refusée* par le malade, et il sera souvent également désagréable de l'imposer ou de baptiser par un mensonge plus ou moins pieux l'injection qui en réalité contient de la morphine. Enfin, l'injection de morphine, quel que soit son effet immédiat, a souvent un *court* pouvoir analgésiant, et la répétition des injections double ou quadruple les nombreux ennuis et dangers cités plus haut. Tout cela nous a paru évité avec l'*injection de dionine*, à laquelle nous n'avons trouvé *aucun* inconvénient et dont le pouvoir analgésiant et somnifère nous a paru souvent plus prolongé que celui de l'injection de morphine. Une seule injection par jour a procuré immédiatement des après-midi et des nuits infiniment plus calmes. Nous avons injecté tous les jours à la tempe du côté affecté *un* centigramme de dionine avec la seringue en verre de Lüer, si pratique à tous égards. Il suffit d'avoir la solution :

Dionine.....	0 gr. 50
Eau distillée bouillie	25 —

Stériliser le flacon plein. On puise à même avec la seringue bouillie et on injecte un demi-centimètre cube en général.

Il existe aussi des ampoules stérilisées dont l'emploi est tout à fait recommandable. Nous n'avons injecté qu'un centigramme par jour à la tempe et cette dose a suffi à ramener, sans aucun ennui ni inconvénient apparent, le calme souhaité. Les formulaires indiquent qu'on pouvait arriver à la dose de 0,025 milligrammes, et avec la solution précédente, on pourrait prudemment injecter plus d'un centigramme à la fois ou en plusieurs fois. La dionine (chlorhydrate d'éthylmorphine) est un médicament qui, bien que connu depuis assez longtemps (Grimaux), a été seulement dans ces dernières années employé dans la thérapeutique générale et la thérapeutique oculaire.

C'est à Wolffberg et surtout à Darier qu'on doit son introduction en thérapeutique *oculaire*. Darier a particulièrement insisté sur l'effet analgésiant pro-

Digitized by Google

longé que ce précieux médicament donne déjà en instillations dans les affections douloureuses de l'œil. Nous avons nous-même obtenu plusieurs fois la cessation définitive de douleurs intolérables dans certains cas d'iritis intense, d'ulcères cornéens, de glaucomes. Nous avons pu éviter dans un cas où le glaucome hémorraghique à répétition entraînait des douleurs atroces, l'énucléation de l'œil perdu, et chez cette malade dont nous avons communiqué l'histoire (*Soc. d'Opht. de Paris, 1901*), les douleurs n'ont plus reparu. Il y a là une analgésie, qui, sans qu'elle soit absolument régulière dans tous les cas, est très marquée dans certains cas désespérés. Nous employons depuis quelque temps les *injections temporales de dionine* dans tous les cas d'affections oculaires où les instillations ne donnent qu'un effet insuffisant. Nous ne leur avons pas jusqu'ici observé d'inconvénient et nous en avons retiré souvent de surprenants résultats. Aussi dans le zona ophtalmique, l'injection temporale de dionine nous paraît *l'injection analgésiante de choix* et nous lui avons combiné l'emploi de la *pommade à la dionine* sur les ulcérations cutanées.

Nulle part ce traitement ne semblera plus indiqué que dans cette affection éminemment douloureuse.

B. *Traitement des complications oculaires.* Les pustules conjonctivales ne paraissent pas nécessiter de traitement autre que l'emploi des pommades qui serviraient aussi pour la kératite.

La kératite et l'iritis demandent des soins immédiats.

La kératite dans le zona affecte des formes extrêmement variées. Le plus souvent il s'agit d'une exfoliation épithéliale qui entraîne une ulcération à fond gris jaunâtre plus ou moins étendue et toujours longue à guérir. Dans plusieurs cas nous avons eu deux ou trois ulcérations à bords nettement limités, et qui correspondaient évidemment à des vésicules dont la bulle avait disparu. Dans un autre cas, sans exfoliation épithéliale nette il existait des troubles profonds, et des sortes de traînées gris-jaunâtres absolument parenchymateuses. L'épithélium de l'ensemble de la cornée est presque toujours terne ; la cornée est comme légèrement dévernie. Les ulcérations se réparent ensuite peu à peu en laissant des taies disséminées et en général épaisses.

L'iritis est ordinairement très intense et tenace ; dans un cas, chez une Américaine tuberculeuse, nous l'avons vue coexister avec une pustule conjonctivale. Il n'est jamais survenu d'altération cornéenne.

Cette iritis qui est le plus souvent plastique, peut revêtir, de même que certains cas de kératite, la forme suppurée et se compliquer d'hypopion. Cet hypopion a été même dans quelques observations, absolument pur de toute lésion cornéenne. C'est une preuve de plus que les lésions oculaires du zona ophtalmique sont bien loin de se borner à des lésions cornéennes.

La kératite grave à hypopion peut exceptionnellement aboutir à la perforation et a l'atrophie de l'œil. Enfin, il existe des cas (et nous en avons publié un en 1893) où des lésions analogues se produisent: *sans nouveau zona, sur l'autre œil* et peuvent en amener la perte. Quoique ces cas soient très rares, ils assombrissent encore le pronostic, puisque le second œil peut être compromis.

Il y a intérêt, tout en soignant l'iritis, à antiseptiser et à protéger la cornée, pour diminuer, s'il n'y a pas déjà une ulcération cornéenne, les chances de son apparition. Il faut donc lubréfier la cornée avec une pommade antiseptique. Rien n'a jusqu'ici supplanté l'iodoforme, dont la mauvaise odeur reste pénible, mais dont l'efficacité est réelle. Les autres médicaments proposés pour le remplacer sont irritants et insuffisants (ariol, aristol, iodol, etc.). Nous prescrivons souvent l'iodoforme de la manière suivante :

Iodoforme	0 gr. 30
Lanoline Liebreich	7 grammes
Huile de vaseline	3 —

Cette pommade adhère admirablement au globe et, vu l'affinité de la lanoline et de l'eau, se mélange bien aux larmes De plus l'huile de vaseline *dissout* une petite quantité d'iodoforme. Bandeau occlusif ou conserves fumées ouatées intérieurement.

Dans les cas où l'iritis existe, ou si l'iris congestionné est en imminence d'inflammation, nous ajoutons de l'*atropine* à la pommade que l'on applique deux à trois fois par jour.

Iodoforme	0 gr. 30
Sulfate d'atropine	0 — 05
Lanoline Liebreich	7 grammes
Huile de vaseline	3 —

A mêler avec le plus grand soin.

Dans les cas rares où l'épithélium cornéen conserve toute son intégrité et où tout se borne à une violente iritis, nous prescrivons seule l'atropine (évitant la cocaïne qui pourrait favoriser une desquammation épithéliale) à la dose de 5 centigr. pour 10 gr. d'eau distillée bouillie. Nous y joignons quelquefois des instillations de dionine qui ont un effet analgésiant encore plus marqué. Le nombre des instillations est variable avec l'intensité du cas.

Un hypopion ne serait évacué que s'il devenait extrêmement abondant et arrivait à remplir la moitié de la chambre antérieure.

Enfin toute ulcération grave survenant sur une cornée *dont l'anesthésie est démontrée*, comporte, après avoir vérifié si le bandeau occlusif *sec* (éviter absolument les lavages boriqués abondants, toujours

Digitized by Google

irritants) ne l'enraye pas nettement, une suture plus ou moins étendue de la fente palpébrale. En pratiquant la tarsorrhaphie rétrociliaire commençant *très près* des *points lacrymaux* pour finir plus ou moins loin vers le milieu de la fente palpébrale suivant le procédé que nous avons recommandé à plusieurs reprises sous le nom de *tarsorrhaphie interne,* on protégera la cornée mieux que par tout autre moyen. On pourra plus tard, après avoir d'abord réduit la soudure palpétrale à un *petit pont à côté du point lacrymal,* tant que l'anesthésie sera absolument complète, supprimer un jour ce pont d'un coup de ciseaux et rendre à l'œil son ouverture normale sans difformité permanente. Même en laissant en place le pont interne, on arrivera quelquefois à pratiquer les opérations qui peuvent améliorer la vision (iridectomie).

Les névralgies si persistantes sont toujours justiciables des analgésiants déjà prescrits et des injections de dionine. L'électrisation doit leur être assez fréquemment combinée.

C. *Traitement général.* Il est à peine besoin d'ajouter qu'un examen complet du patient s'impose, afin que l'affection générale qui coexiste souvent avec le zona, soit, si elle ne l'est déjà, reconnue et traitée par les remèdes, l'hygiène et le régime alimentaire appropriés. La tuberculose, le diabète et des cardiopathies graves existaient chez plusieurs de nos malades. Dans un autre cas, c'est après une bronchopneumonie que la maladie a débuté. Chez d'autres sujets, nous n'avons trouvé que de très violents chagrins, le surmenage et l'alcoolisme. Enfin, chez une femme, une tumeur parotidienne occupait depuis longtemps le côté affecté par le zona.

Il est permis de croire que l'usage généralisé des injections de dionine dans les affections médicales douloureuses, même inflammatoires, donnerait des résultats supérieurs aux injections de morphine et probablement d'une accoutumance moins dangereuse. Dans quelques cas de zona, un traitement mercuriel modéré par ingestion (calomel) ou surtout par injections huileuses de bi-iodure, sera indiqué pour lutter contre l'endo-infection dont la névrite du trijumeau est parfois l'expression.

FAITS CLINIQUES

Observation de sein hystérique

Il s'agit d'une jeune fille de 30 ans, née de mère hystérique, de père dénué de toute énergie de caractère, névropathe et hystérique elle-même, sujette à de grandes crises, d'humeur fantasque, vivant dans un milieu propre à entretenir sa névrose. Il y a cinq mois, son père fut querellé et battu par un voisin. A la suite de cette scène, survenue pendant la période menstruelle, la malade vit ses règles se suspendre brusquement et eut une crise nerveuse très violente. Dès le lendemain, elle éprouvait une douleur dans le sein gauche, localisée surtout à la face externe et inférieure. Depuis, le sein est resté douloureux spontanément et à la pression. Cette douleur est assez vive pour gêner les mouvements du bras correspondant et empêcher le port du corset. Le sein s'est en outre tuméfié, a pris un volume rapide anormal, et a augmenté sensiblement d'un tiers.

A la moindre émotion, pour la plus petite contrariété, il y a de l'exacerbation douloureuse. A cette dernière, au moment des règles, s'adjoint une ecchymose spontanée sous-cutanée, diffuse dans toute la région endolorie. Un examen méthodique, fait à diverses reprises, ne permet pas de soupçonner une tumeur latente. La glande est souple dans toute son étendue, sans la moindre nodosité. La peau du sein est d'aspect normal en tous points. Le mamelon et son auréole n'offrent aucune particularité. La palpation n'y cause de douleur que dans la sphère incriminée. Mais la pression ne paraît point y déterminer de zones hystérogènes.

La malade s'est d'ailleurs toujours refusée à une exploration plus méticuleuse de sa personne. L'hydrothérapie, le bromure, les antispasmodiques ne font qu'améliorer la situation sans la faire disparaître. Les choses sont en état depuis cette époque.

Le cas récent publié par M. Lannois (de Lyon), nous a engagé à joindre celui-ci à ceux déjà connus. — Dr Breton (de Dijon), *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Les revendications des internes

Les internes des hôpitaux de Paris réclament. Leurs réclamations ne sont pas bien méchantes, elles ne sont même pas nombreuses. Une simple modification à un règlement vexatoire, ils ne demandent pas autre chose. Or l'Administration semble faire la sourde oreille. M. Mourier a éconduit les protestataires. Le Directeur de l'Assistance publique passe pour un galant homme ; quel intérêt le pousse donc à modifier la bonne opinion qu'on s'était formée de sa personne? Voyons, M. le Directeur, faites preuve de largeur d'idées, s'il vous plaît. Que veulent nos jeunes confrères? Un peu d'équité tout simplement. Les services qu'ils rendent tous les jours méritent qu'on daigne les traiter, je ne dis pas avec plus de générosité, ils ne sollicitent aucune augmentation de traitement, mais au moins, comme des auxiliaires de premier ordre dont l'Administration ne peut se passer. Or que fait cette Administration ? Elle le prend de très haut: « J'ai bien des contrats d'adjudication, dit-elle, qui me permettent de livrer la nourriture à meilleur marché à mes malades, mais de ces contrats vous ne profiterez pas Votre nourriture à l'hôpital, vous la paierez aussi cher qu'en une pension de la ville ». On n'est pas plus aimable. Les internes se dévouent et risquent leur vie auprès des malades ; sans eux, il n'est pas un pensionnaire des hôpitaux qui serait soigné convenablement. L'Administration les re-

Digitized by Google

mercie en les obligeant à faire venir leur repas de la ville. Noble Administration, comme les sentiments de reconnaissance amollissent son âme ! Parce que les internes de par la durée de leurs fonctions qui dépasse souvent l'heure du déjeûner, afin d'éviter un retard trop accusé de leurs repas, se résignent à ne pas se rendre en ville et demeurent à l'hôpital, l'Administration se frotte les mains. « Très bien, vous mangerez chez moi; mais vous payerez très cher ». Seigneur, qu'ont donc pu faire les internes à l'Administra-tion? Je sais bien que la reconnaissance est une lourde charge et que le client s'en débarrasse volontiers en cherchant noise, un peu plus tôt, un peu plus tard, au médecin qui vient de le tirer d'affaire. L'Administration connaît sans doute cette habitude. Elle se l'approprie et s'en trouve satisfaite. Ce lui est si commode de ne pas nourrir les internes Un tracas en moins, quoi ! L'interne se montre bon, généreux, désintéressé. L'Administration le remercie non seulement en le renvoyant aux fournisseurs de la ville, elle montre encore sa gratitude d'autre manière.

Après avoir traité les internes comme des intrus, elle les vilipende maintenant comme des gamins. Les internes, du moins les internes de certains hôpitaux, sont logés à l'hôpital. Un règlement draconien s'abat du coup sur eux. Pour une visite reçue, c'est l'entrée en jeu des mesures disciplinaires. L'interne est transformé en délinquant ; il s'est permis une peccadille, vite la suspension pour lui apprendre à vivre.

Vraiment, M. le Directeur, ce n'est pas sérieux. On n'agit pas ainsi avec de grands garçons de vingt-cinq ans. Les internes demandent, à leur choix, d'être logés à l'hôpital ou de recevoir une indemnité représentative de 600 francs par an. Si vous ne voulez leur concéder la liberté de leurs mouvements, procurez-leur la faculté de se loger ailleurs. Vous ne sortirez pas de ce dilemme : ou réduire la sévérité du règlement, ou fournir le logement en ville. Quant à rester dans le *statu quo*, non pas. La Presse ne tolèrera pas cette solution à l'incident. D'ailleurs, M. le Directeur, à quoi bon vous faire prier ? Prochainement on va célébrer le centenaire de l'Internat. Montrez-vous donc conciliant et accordez de bonne grâce et spontanément ce à quoi la pression de l'opinion vous obligerait certainement à consentir demain.

Les revendications des internes ne renferment rien que de juste et de parfaitement légitime. Ne résistez pas et comme don de joyeux avènement — il n'y a pas longtemps que vous êtes en fonction — infligez une énergique entorse au règlement en vigueur et faites droit aux réclamations si mesurées de forme et si modestes qui vous sont soumises. Et la réforme étant promulguée, ce jour vous ne froncerez pas le sourcil. Il y aura sans doute grande liesse dans les salles de garde. Mais le rire et la gaîté n'ont jamais fait de mal à personne et les murs d'hôpital vibreraient quelque peu à ces ébats de jeunes gens, qui se détendent après les longues heures d'anxiété, de dévouement et de fatigue, mon Dieu, M. le Directeur, qu'est-ce que cela peut bien faire ? Seriez-vous puritain, par hasard ? De par vos fonctions, je ne vous savais que ministériel. — Z.

P.-S. — De nouveaux renseignements nous parviennent à la dernière heure. Nous y reviendrons

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Endocardite infectieuse maligne chez un enfant. — Les observations d'endocardite infectieuse avec examen bactériologique ont montré que tous les microbes étaient capables de déterminer cette localisation, et que l'endocardite infectieuse n'était pas une maladie, mais une affection produite par des microbes divers. Aussi tous les cas sont-ils intéressants à relater, car chacun d'eux présente quelque particularité, tel est celui que MM. Zuber et Armand Delille ont publié dans les *Archives de médecine des enfants* (juin 1901).

Il s'agit d'un enfant de treize ans, qui avait présenté antérieurement trois attaques de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endocardite. Depuis trois mois, sans douleurs articulaires, cet enfant maigrissait ; depuis quinze jours, il avait de la fièvre et des frissons ; et au moment où on l'amena à l'hôpital il était dans un état typhoïde : température 39° 4, teint pâle et terreux, langue sèche, dyspnée, hypertrophie de la rate. La matité cardiaque est augmentée, la pointe du cœur abaissée, on sent un frémissement systolique à la pointe, on entend à la pointe un souffle systolique en jet de vapeur se propageant vers l'aisselle, à la base un souffle diastolique. Le pouls est bondissant.

Dix jours plus tard, se produisent des phénomènes de collapsus ; la température tombe à 36° 6, puis surviennent du délire, des des crises de dyspnée, du purpura maculeux disséminé au niveau du tronc et du cou. Enfin l'enfant meurt dans le coma.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une endocardite aiguë récente, greffée sur une endocardite ancienne, portant principalement sur la valvule mitrale. Les lésions d'endocardite végétante prédominaient au niveau du cœur gauche, elles siégeaient à la partie supérieure de l'infundibulum aortique et sur la face ventriculaire des valvules symoïdes de l'aorte, la cloison interventriculaire était intéressée : on observait même à ce niveau une perforation de la cloison siégeant immédiatement au-dessous de la symoïde aortique droite. Le ventricule droit semble s'être pris secondairement à cette perforation, car ses lésions, moins développées, intéressaient exclusivement la valve interne de l'orifice tricuspide contiguë à cette perforation.

Les végétations étaient constituées par des dépôts fibrineux englobant des leucocytes et des amas considérables de microbes.

La rate seule était le siège d'infarctus.

Le sang prélevé dans une veine cinq jours avant la mort, de même que le sang du cœur, les végétations de l'endocarde contenaient un coccobacille pathogène pour la souris blanche en injections sous-cutanées, que ces caractères bactériologiques distinguent du streptocoque et du pneumocoque et rapprochent d'un microbe décrit par Litten, dans un cas d'endocardite rhumatismale à forme maligne non septique. — E. L. M.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

L'occlusion intestinale

Quelle est la conduite à tenir pour le praticien de campagne, en face d'une occlusion intestinale? Il est loin de la ville, n'ose entreprendre à lui seul une opération toujours grave, redoute avec raison les responsabilités qui, en cas d'insuccès, ne manqueraient pas de l'atteindre.

Aussi bien, dans des cas heureux, un traitement médical peut suffire. Il consistera en une double médication, l'une interne, l'autre externe.

Dans la médication interne, on a prôné l'opium (1 pil. de 1 centigr. d'ext. toutes les heures), ou les injections de morphine. Ils soulagent en effet rapidement, mais tout juste, en raison de l'atténuation immédiate qu'ils apportent à la douleur, risquent de donner une sécurité trompeuse.

Je leur préfère la belladone qui offre l'avantage sur l'opium, d'exercer une action excitante sur les fibres lisses de l'intestin et de ne pas masquer aussi complètement que l'opium les phénomènes douloureux. En prescrivant des pilules d'extrait de belladone toutes les heures, le praticien ne court aucun risque (extrait de belladone 0,01 pour 1 pilule, n° 30. Les pilules seront très petites, 1 toutes les heures 12 à 15 heures de suite. En donner ensuite 1 toutes les heures et demie). Le médicament est d'ordinaire bien supporté. On surveillera du reste l'état de la pupille ; on arrêtera si une mydriase survenant indique un commencement d'intoxication. Au lieu de belladone à l'intérieur, on peut encore user de sulfate d'atropine ; ce dernier pourra être injecté sous la peau :

Sulfate neutre d'atropine....	0 gr. 10
Eau distillée	àà 10 grammes
Eau de laurier cerise.....	

1 centimètre cube représente 1/2 milligr. de la solution. Une injection sous-cutanée 3 à 4 fois par jour. Le remède a même été recommandé à plus hautes doses. Personnellement je n'ai jamais employé que la belladone.

Les remèdes externes seront au nombre de trois : le lavage de l'estomac, les lavements et l'électrisation. Le lavage d'estomac n'est qu'un palliatif, il arrête les vomissements et ne fait que soulager. Les lavements seront de deux ordres : des lavages de l'intestin (2 à 3 litres d'eau bouillie, bock élevé à 30 centim., sonde introduite à 25 centim. dans l'intestin) ou bien des lavements d'eau de seltz. A l'extrémité de la sonde, on adapte le goulot d'une bouteille d'eau de seltz, et on presse lentement sur la gâchette de façon à empêcher une irruption trop brusque du liquide. Dans un cas (vieillard de 74 ans) où la belladone et le lavement électrique avaient échoué, j'ai vu l'occlusion céder à un lavement d'eau de seltz. C'est là une heureuse chance qui ne se reproduira pas souvent. D'ordinaire le lavement électrique se montre plus efficace.

Pour administrer celui-ci, le praticien devra introduire dans le rectum une sonde métallique qu'il pourra entourer de baudruche, de façon à ne laisser que son extrémité libre, ou bien il se munira d'une des sondes spéciales construites à cet effet (tige métallique à bout conique, enfermée, sauf son extrémité, dans une gaine de gomme); cette sonde sera en communication avec un des fils de la pile, tandis que l'autre électrode sera promenée sur le ventre.

On pourra employer un courant faradique si le praticien n'a pas d'autre instrument à sa disposition ; ce moyen donne déjà des résultats.

Il est préférable, quand on est outillé en conséquence, d'user d'un courant galvanique (10 à 20 milliampères, 5 à 20 minutes de durée) ; au moyen d'un dispositif très simple, on peut adapter à la sonde un tube de caoutchouc, lequel est attaché à la canule d'un irrigateur rempli d'eau salée. On laisse couler lentement l'eau salée, celle-ci s'électrise et porte l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse.

On est autorisé à renouveler la tentative 2 à 3 fois dans les 36 premières heures. Si elle échoue, ne pas hésiter à envoyer le malade, qui est d'ordinaire transportable, dans les 2 ou 3 premiers jours, à l'hôpital de la grande ville la plus proche, où on pratiquera la laparotomie. Attendre plus longtemps, c'est se montrer imprudent, une opération tardive offrant moins de chances de réussite. — S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Les hémoptysies chez les vieillards. — Une femme de 80 ans d'apparence encore vigoureuse malgré son grand âge, et le teint coloré, entre dans le service de M. Widal (Hôpital Cochin) pour un crachement de sang. Le sang était rouge, spumeux, abondant. Il continua d'être expectoré les jours suivants, et à son entrée à l'hôpital la malade en emplissait encore toute la capacité de son crachoir. Elle avait un peu de fièvre, la température oscillait aux environs de 38°.

Digitized by Google

D'où provenait le sang? C'est en pleine santé qu'il avait commencé à se montrer et l'examen ne permet de dépister aucun raison décisive à son apparition. La malade n'a pas de battements de cœur, elle n'est pas essoufflée, ses jambes ne sont pas enflées. L'auscultation du cœur ne permet de découvrir aucun signe anormal ; il n'existe pas de lésion valvulaire ni de dilatation cardiaque. D'ailleurs, l'infarctus hémoptoïque, tel qu'il se caractérise dans les maladies du cœur ne se manifeste que rarement sous cet aspect de crachement abondant et répété. Quelques crachats seulement sont expectorés, visqueux et sanglants.

Les épistaxis sont fréquentes chez le vieillard. Le sang aurait-il coulé de la partie postérieure des fosses nasales? Quand il reconnaît cette origine, il laisse des traces habituelles de son passage. Des stries sanguines couvrent la partie postérieure du pharynx. Ces stries s'éliminent assez rapidement : au bout de 24 heures, il n'en reste guère trace. Or il y a bien plus longtemps que cette vieille femme n'avait craché de sang. Il ne faut donc pas compter sur ce signe. D'ailleurs, elle présente de la fièvre et une épistaxis simple n'eût pas expliqué ce dernier symptôme.

Faut-il accuser l'estomac et songer à une hématémèse? Jamais la malade ne s'était plainte de l'estomac. D'ailleurs elle ne vomissait pas comme il arrive dans l'hématémèse ; le sang venait à la gorge sans efforts et était rendu de même.

En dernier ressort, interrogeons le poumon, c'est lui qui semble fournir la clef du mal. L'auscultation ne laisse, il est vrai, pas entendre grand'chose, des râles sous-crépitants qui encombrent les deux bases. Tout vieillard couché pendant quelques jours peut présenter des signes bronchiques équivalents. Ces râles ne semblent être dus qu'à de la stase pulmonaire ; néanmoins s'ils ne nous renseignent pas très explicitement, force est quand même, dans le cas présent, de tenir compte de leur existence.

Accompagnent-ils un certain nombre de granulations bacillaires disséminées? On ne peut dire non. La tuberculose est plus fréquente qu'on ne le pense chez le vieillard, et M. Widal, pendant les mois qu'il a passés à l'hospice des Ménages, en a observé de toutes les formes : apyrétiques, fébriles, hémoptoïques ou autres. Les vaisseaux sont fragiles chez le vieillard ; une irritation parfois très faible suffit à les rompre. En attendant que l'examen bactériologique soit établi et que l'évolution de la maladie vienne accentuer les signes morbides, il sera donc sage de se tenir à ce diagnostic d'attente.

Il ne faut pas en effet songer au cancer du poumon. L'aspect de la vieille est floride et le cancer du poumon retentit vite sur l'état général qu'il déprime profondément.

Comme traitement, M. Widal prescrit, comme décongestionnant 0,35 de quinine matin et soir ; on couvrira en outre le thorax de ventouses sèches et si le sang reparaît, une injection sous-cutanée d'ergotine sera pratiquée. La malade est sortie guérie quelques jours plus tard ; l'examen des crachats n'avait pas révélé de bacilles. Ce n'est pas une raison pour rejeter l'idée de tuberculose.

NEUROLOGIE

La psychose polynévritique. — Lorsqu'en 1889, Korsakoff, de Moscou, décrivit le premier ce syndrôme morbide, il y eut un étonnement dans le corps médical. On n'avait jamais vu cela. En était-on bien sûr? Une fois l'attention dirigée de ce côté, les faits se multiplièrent tellement que ce qu'on avait tout d'abord pris pour une rareté, s'imposa à tous les regards. La psychose polynévritique que M. Ballet propose d'appeler avec M. Korsakoff lui-même plutôt cérébropathie toxémique, est en effet très fréquente. Elle atteint les organismes en puissance de polynévrite, que celle-ci soit due à une cause toxique (alcoolisme, etc.) ou infectieuse (tuberculose, infections puerpérales, etc.)

M. Ballet (Hôtel-Dieu) a présenté une jeune femme atteinte de cette affection. Au cours d'accidents tuberculeux caractérisés au début par une fièvre assez vive, des épistaxis, de l'amaigrissement qu'expliquèrent bientôt des signes de tuberculose localisée au sommet gauche (respiration rude et soufflante avec craquements et présence de bacilles dans l'expectoration), au cours de ces signes graves qui contre toute attente s'amendèrent et se jugèrent par une série d'abcès osseux survenant au dos et à l'avant-bras, la malade ressentit des phénomènes douloureux dans les jambes. Les douleurs spontanées et lancinantes étaient accrues par la pression. La palpation du mollet était très douloureuse, puis le pied devint tombant, les muscles s'atrophièrent, les réflexes disparurent ; des troubles trophiques survinrent consistant en phlyctènes qui se montrèrent sur le dos du pied et crevaient, laissant une ulcération passagère à leur suite. Les membres supérieurs restèrent indemnes.

Puis au bout de quelques mois, en même temps que s'amendaient les accidents bacillaires, les douleurs rétrocédèrent, et quelques mouvements reparurent, mais incomplets et gênés. Une rétraction tendineuse du tendon d'Achille s'était produite qui maintenait le pied dans sa position tombante et em-

Digitized by Google

pêchait de le redresser avec la main, même en apportant une certaine énergie à l'effort.

Cette malade avait une polynévrite; la seule affection qui offrait quelque analogie avec les symptômes offerts par elle est la polyomyélite des cornes antérieures chez l'adulte ; mais dans celle-ci, les rétractions tendineuses n'existent d'ordinaire pas et les phénomènes douloureux très atténués se traduisent par un engourdissement bien plus que par des douleurs nettes.

On pouvait se demander si cette polynévrite n'était pas due à la bacillose. Eisenlohr, Joffroy, Oppenheim ont publié des observations de polynévrites tuberculeuses et d'autre part Pitres et Vaillard ont étudié en 1886 la lésion des tubes nerveux produits en semblables conditions.

Toutefois, et bien que la jeune femme fût bacillaire, une autre cause a peut être joué chez elle un rôle prépondérant : c'est l'éthylisme. Des habitudes alcooliques indéniables ont été relevées dans ses antécédents.

Faut-il rattacher à ces habitudes l'existence de certains désordres mentaux qui ont été présentés par la malade ? L'intoxication alcoolique a pu aider sans doute à l'éclosion de ces troubles; mais l'atteinte des centres nerveux liée à un empoisonnement par fois différent de l'alcoolisme, cette atteinte qui réagit à la fois sur le système nerveux central et le système nerveux périphérique suffit dans les polynévrites de n'importe quelle cause à provoquer semblables troubles.

Ceux-ci, pour M. Ballet, peuvent être divisés en trois classes. On observe : 1° du délire onirique ; 2° de la confusion mentale ; 3° des amnésies.

1° Le délire onirique (Régis), délire de rêve, est le plus banal. Le malade est sollicité par une succession d'images plutôt visuelles et toujours rapides. Ces images se mêlent aux impressions de la vie réelle, semblables à celles qui atteignent certains dormeurs. Au début du sommeil, livrés à leur rêve, ils se réveillent en sursaut, reviennent à la notion exacte des choses, puis leurs yeux se refermant, le rêve qu'ils avaient interrompu, reprend son cours. La psychose polynévritique peut entraîner des conséquences fâcheuses ; les souvenirs du délire se confondent avec les souvenirs de la vie réelle. Le malade n'établit pas la distinction entre les deux. Dans son délire il a cru par exemple être marié ; plus tard, même étant guéri, la croyance pourra persister comme si elle reposait sur un fait réel.

2° La confusion mentale est un état psychique qui tour à tour a été confondu avec la manie, la mélancolie, le délire des persécutés. Mais un maniaque est toujours un maniaque, un mélancolique, un persécuté se fixe dans son idée délirante; dans la confusion mentale, au contraire, il y a diversité de délires ; le malade va de l'un à l'autre, maniaque un jour, mélancolique ou persécuté le lendemain. Et pourquoi cette mobilité ? Parce que la mémoire et les associations d'idées sont profondément atteintes; les souvenirs sont perdus et les associations de la sensation présente avec les impressions du passé ne se rejoignent plus. Le cerveau est déprimé; ne corrigeant plus la sensation du jour par la sensation de la veille, il accepte la première impression venue sans triage et sans critique et en tire des idées mobiles, contradictoires, absurdes.

3° La troisième forme de troubles mentaux dans la psychose polynévritique est l'amnésie. C'est la forme offerte par la malade de M. Ballet. Son mari venant la voir l'après-midi, le soir elle réclamait sa visite, se plaignant d'être délaissée. Toutefois l'amnésie n'était pas simple ; elle se compliquait de manifestations de délire onirique. La malade avait des fausses réminiscences liées à l'impression persistante des atteintes délirantes. Elle croit qu'elle a perdu sa mère ; ne vient-elle pas de recevoir une lettre qui l'informait de ce malheur ?

Tous ces troubles apparus au cours de la polynévrite ont peu à peu rétrocédé avec elle. Il est bon que le praticien soit averti en même temps que de leur existence habituelle, du pronostic plutôt favorable qu'ils comportent.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Huile digitalique Nativelle injectable. — On sait que les injections hypodermiques de digitaline sont presque impraticables en raison de la douleur qu'elles déterminent et surtout des phénomènes d'irritation inflammatoire qu'elles amènent.

C'est pourquoi on y a renoncé, surtout en raison du danger et de l'inconstance d'action du médicament produite par son arrêt dans le tissu cellulaire enflammé. Or, M. Rosenthal (de Paris), en s'aidant d'une légère élévation de la température pour la préparation de l'huile digitalique injectable, vient heureusement de résoudre le problème. Sur ses indications, M. Martignac a préparé des ampoules dosées à 1/8, à 1/4 de milligramme de digitaline. Nous les avons, depuis trois mois, expérimentées avec succès dans notre service, et M. Durand, notre élève, prépare sa thèse inaugurale sur ce sujet. La digitaline en injections sous-cutanées peut rendre de grands services, d'abord en raison de son action plus prompte, ensuite en raison de son innocuité sur les voies digestives. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas dépassé la dose d'un milligr. par injection, et jamais celle-ci n'a déter-

Digitized by Google

miné de douleur ou d'irritation inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané. C'est là un fait intéressant et *d'actualité* médicale pour les praticiens. — H. Huchard.

Bleu de méthylène comme traitement abortif des complications oculaires de la variole et des exanthèmes en général. — Le bleu de méthylène, d'après le Dr P. Morgano (de Catane) permettrait de guérir rapidement les infections oculaires qui surviennent dans la variole ou dans les autres fièvres exanthématiques (Rassegna internazionale della medicina moderna, 1901, n° 18).

La méthode employée à Lyon par MM. Courmont et Rollet, consiste dans l'instillation dans l'œil répétée plusieurs fois par jour d'une solution aqueuse stérilisée de bleu de méthylène à 1/500 ; on peut y ajouter quelques lavages boriqués et parfois des attouchements avec une solution de bleu de méthylène à 1/200.

L'auteur a obtenu des succès dans des cas d'ulcération cornéale, de conjonctivite membraneuse, aussi bien que dans la conjonctivite catarrhale intense ou la kératite suppurée ou phlycténulaire.

Ces résultats n'ont rien d'étonnant, puisque le bleu de méthylène déjà en solution de 1/70000 empêche la culture du bacille de Lœffler et du streptocoque pyogène.

Le bleu de méthylène à la solution employée n'est ni irritant ni toxique, — H. G.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement chirurgical de la néphrite chronique. — S'il est une affection qui semblait du domaine essentiellement médical, c'est bien la néphrite chronique, le mal de Bright. Cependant à en croire les conclusions d'un article original publié par M. G. Edebohls dans le *New-York medical Review* (21 décembre 1901), le traitement chirurgical de cette maladie donnerait de très bons résultats. L'auteur a été amené à opérer systématiquement les malades atteints de néphrite chronique à la suite de l'amélioration considérable observée dans plusieurs cas d'ectopie rénale ayant nécessité la néphropexie — et dans lesquels l'albuminurie abondante et la présence de cylindres dans les urines, ne laissaient aucun doute sur l'état pathologique du filtre rénal.

La première opération pratiquée par Edebohls dans le but bien déterminé de traiter la néphrite, date du 10 janvier 1998. En comparant les cinq cas de néphropexie dont les résultats au point de vue de la néphrite avaient attiré l'attention de l'auteur, la statistique repose sur dix-huit cas, qui se décomposent ainsi : treize cas de néphrite interstitielle chronique ; deux de néphrite parenchymateuse ; trois de néphrite mixte. Dans tous ces cas le diagnostic du mal de Bright était basé sur l'histoire antérieure du malade, l'analyse chimique et l'examen microscopique des urines, plus tard par l'inspection et la palpation du rein au moment de l'opération, et enfin, dans deux cas, par l'examen histologique de petits morceaux de tissu rénal prélevé par l'opérateur.

Dans toutes les interventions, sauf une, les reins furent complètement libérés, et les assistants purent constater les lésions macroscopiques des organes : déformation, bosselures, capsule adhérente, état granuleux de la surface sous-capsulaire, kystes de la néphrite intertitielle. L'augmentation de volume, l'aspect lisse, blanchâtre ou tacheté de la néphrite parenchymateuse, enfin, les variations dans la densité, la fermeté du tissu de l'organe. Dans deux cas on préleva deux petits morceaux de ce tissu qui furent examinés par le professeur Brooks : il s'agissait de néphrite chronique diffuse.

Voici en quoi consiste l'opération pratiquée par M. Edebohls. Le rein ayant été complètement libéré et hors de la plaie, on incise la capsule propre sur une sonde cannelée et tout le long du bord externe. Puis avec le plus grand soin, afin de ne pas enlever de tissu, on sépare du rein ces deux moitiés de capsule que l'on coupe ensuite aussi près que possible du hile. Lorsque le rein n'a pu être dégagé, cette décortication devient plus difficile : on la fait lentement avec les doigts au fond de la plaie, on excise la capsule aussi loin que l'on peut, et le reste est repoussé vers le hile où il se pelotonnera.

Puis le rein ainsi dénudé est remis dans sa loge, et la néphropexie termine l'opération. Pour cette décortication rénale, Edebohls a trouvé le nom de néphrocapsectomie.

Dans tous les cas les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Vers le dixième jour on pouvait déjà constater une augmentation assez considérable de la quantité d'urine émise.

Les résultats définitifs furent les suivants : sur dix-huit opérations, trois insuccès, une amélioration, quatre malades qui ne furent pas revus, dix guérisons. Dans ces dix cas le retour des urines à la normale se fit à des dates variant d'un mois à un an après l'opération; plus la néphrite remontait à une époque éloignée et plus la disparition des cylindres et de l'albumine a été longue à se faire.

Comment cette opération peut-elle amener la guérison ou l'amélioration du mal de Bright? L'auteur pense trouver la réponse à cette question dans les faits suivants, qu'il eut l'occasion de constater au

Digitized by Google

cours de trois opérations sur des reins déjà néphropexiés. Dans chacun de ces cas il observa : 1° la formation d'adhérences de tissu conjonctif très fort, reliant le rein aux parties avoisinantes ; 2° l'existence dans ces bandes de tissu conjonctif de volumineux et nombreux vaisseaux ; 3° la prédominance, dans ces vaisseaux de nouvelle formation, des artères sur les veines, prédominance portant aussi bien sur les dimensions que sur le nombre ; 4° le fait très significatif que dans toutes les artères la direction du courant sanguin se faisait vers les reins.

Edebohls pense que cette vascularisation artérielle extraordinaire et nouvelle du rein est la base, le principal facteur de la guérison. Il appuie d'ailleurs sa conviction sur le passage suivant du *Traité d'anatomie pathologique* de Ziegler (1097, page 909) : lorsqu'une portion de l'épithélium rénal a été détruite par un processus morbide qui a épargné la structure interstitielle, la perte est en général bientôt compensée par la prolifération régénératrice de ce qui reste, et si la circulation est suffisamment maintenue, le nouvel épithélium ne tarde pas à récupérer ses fonctions.

Dans les cas observés par Edebohls, non seulement la circulation était suffisante, mais considérablement accrue ; elle amènerait, selon lui, une résorption graduelle des exsudats et produits inflammatoires intertubulaires et interstitiels. Les tubuli et le glomérules seraient délivrés ainsi de toute compression et une circulation normale se rétablirait permettant cette prolifération épithéliale dont parle Ziegler. Un fait qui semble en faveur de cette théorie, c'est que la disparition complète et permanente des cylindres et de l'albumine a exigé de un mois à un an après l'opération, et que cette disparition a été d'autant plus rapide à se produire que la néphrite était de date plus récente. — Bn.

Traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique. — La pathogénie de l'ulcère variqueux est triple : artérielle, veineuse et nerveuse. Il est la conséquence d'un trouble du système nerveux-trophique, aussi, comme le fait remarquer le Dr Silvy (*Th. Paris 1900*), il est rationnel de lui appliquer dans une large mesure, une thérapeutique s'adressant à l'élément nerveux.

L'auteur conseille la dissociation fasciculaire du nerf sciatique qui a l'avantage d'être simple, rapide et de pouvoir s'appliquer quel que soit le siége de l'ulcère. Cette opération serait surtout efficace contre les ulcères qui ne sont ni trop étendus ni trop profonds : elle n'aurait aucune conséquence fâcheuse.

Cette méthode est de date récente, les observations sont peu nombreuses encore, mais dans celles que rapporte Silvy, les résultats ont été satisfaisants, ce qui lui permet de croire à l'avenir de ce mode de traitement.

DERMATOLOGIE

Prurigo à répétition chez les névropathes. — Les affections prurigineuses, telles : l'eczéma papulo-vésiculeux, l'impetigo, le prurigo simple, le strophulus, s'observent fréquemment chez les sujets à nervosité exagérée. C'est un de leurs modes favoris de réaction cutanée. Or, sous l'influence du grattage, les éléments primitifs se transforment ; l'éruption peut se lichenifier et être infectée par des microbes pyogènes staphylocoques et streptocoques ; si bien que, vu l'aspect spécial de l'affection, il peut être particulièrement difficile de lui appliquer un nom exact, de l'appeler : prurigo simple, lichen, eczéma ou névrodermite.

M. Gastou s'est trouvé aux prises avec cette difficulté chez une malade qui, de plus, était intéressante par son état nerveux tout spécial (*Société Derm. Syph.*, décembre 1901.)

Il s'agit d'une couturière de 27 ans qui présente des deux côtés une éruption localisée au dos de la main, envahissant l'origine des doigts et remontant au dessus du poignet, et caractérisée par l'existence de papules et papulo-vésicules transformées par le grattage en papulo-croutelles, et s'accompagnant de modifications de la peau de voisinage par place lichenisée, par place eczématisée, par place infectée, au point de donner l'aspect d'une pyodermite. Au centre de la plaque, il y a moins d'éléments éruptifs,

L'éruption a débuté, il y a deux ans, par un prurit violent ; elle ne s'accompagne pas de modifications de la sensibilité Un an avant le début, la malade avait présenté sur le dos des pieds des papules précédées de démangeaisons et suivies de croutelles. La malade n'est atteinte d'aucune lésion viscérale. Par contre, son système nerveux est loin d'être normal, car il existe une exagération de la sensibilité réflexe tout à fait étrange.

La première fois qu'on a percuté le tendon rotulien, tous les muscles des membres se sont détendus brusquement, comme mus par un ressort, et la malade en a éprouvé une sensation tellement pénible, qu'est survenu un malaise général, avec crises de larmes ; actuellement, elle repousse avec angoisse toute tentative de recherche de l'état des réflexes. Du reste, la petite malade est très émotive, la moindre impression agit fortement sur son état moral et physique.

Cette observation est intéressante, à plus d'un titre ; au point de vue du diagnostic dermatologique

Digitized by Google

qui doit être : eczéma papulo-vésiculeux ; au point de vue du rapport causal, entre l'affection nerveuse et la lésion locale. Il semble donc qu'au point de vue du traitement, il faille prendre en grande considération le terrain névropathique sur lequel on pourra agir, soit indirectement par les sédatifs généraux du système nerveux central, soit directement par des révulsifs sur les nerfs qui ont sous leur dépendance la région où siège la dermatose. — R.-B.

OTOLOGIE

De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales. — Pour reconnaître le degré de perméabilité d'une fosse nasale, on ne disposait jusqu'aujourd'hui que d'une méthode fort grossière. On faisait souffler par une narine sur le dos de la main ; la force du courant d'air comparée avec celle du côté opposé fournissait le renseignement.

M. A. Courtade a imaginé une méthode à la fois ingénieuse et très scientifique à l'effet d'indiquer le degré de perméabilité d'une fosse nasale. Son procédé repose sur la propriété qu'ont les couleurs d'aniline de se transformer en encre foncée quand on les dépose sur un papier imprégné d'eau. On peut aussi user de la réaction du tannin sur les sels ferriques ; la réaction ne se produit que là où le papier est mouillé. Mais où prendrons-nous l'eau ? Sur le malade lui-même. C'est lui qui en expirant déposera une couche de buée sur une lame de verre froide.

On comprend alors l'appareil qui se compose de trois lames superposées : la première, verticale, se place au-devant de la bouche ; la seconde, horizontale, se trouve à une distance limitée des narines ; la troisième, verticale et très courte, sépare la précédente en deux parties et permet de recevoir isolément la respiration de la narine droite et gauche.

M. Courtade a appelé cet instrument le pneumographe, c'est-à-dire qui inscrit le chemin que suit l'air. Pour qu'on en tire des indications utiles, le malade doit chercher à respirer d'une façon habituelle et naturelle ; au bout de 10 à 15 expirations, on couche le papier impressionné sur les plaques de verre ; on appuie légèrement sur le papier pour bien faire absorber l'humidité. Le cliché est obtenu instantanément visible et facile à interpréter. Pour qu'il réussisse, il faut que les glaces de l'appareil soient froides ; aussi convient-il en été de les refroidir préalablement en les plongeant dans l'eau froide.

L'examen du cliché permet de reconnaître l'inégalité dans le fonctionnement des deux fosses nasales et à quel degré la bouche intervient dans l'acte respiratoire.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique. — M. Guelliot (de Reims), considère la résection des canaux déférents comme permettant, dans les cas les plus favorables, à un rétentionniste d'uriner sans sonde et facilitant, chez d'autres, un cathétérisme auparavant impossible, difficile ou provocateur d'hémorrhagies. Il présente un cas personnel où la section du déférent ne suffit pas pour prévenir l'orchite à répétition : ce qui est une preuve que l'infection partie de l'urèthre peut se propager au scrotum par d'autres voies que le canal déférentiel.

Fibrôme enclavé compliqué de grossesse. Accidents de compression. Hystérectomie sus-vaginale. Guérison. — Sur une femme enceinte de trois mois, présentant dans l'abdomen une tumeur (utérus) remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et dans l'excavation une masse (fibrôme) ferme indolente occupant presque toute l'excavation, et à peu près immobile; M. Cottin (de Dijon) se décida à intervenir en raison d'atroces douleurs lombaires, d'amaigrissement et de perte de forces très marqués. Après incision de la paroi, l'étendue notable d'insertion du fibrôme à l'utérus permettant de craindre que la séparation ne pût se faire sans ouvrir la cavité utérine, et l'existence de deux petits fibrômes insérés sur les bords de la matrice, l'engagèrent à pratiquer l'hystérectomie subtotale. L'opérée, guérie, quitta sa chambre le 18e jour. M. Quénu, qui rapporte cette observation, rappelle la discussion soulevée à la Société, en avril 1901, sur le même sujet. Contrairement à M. Richelot, pour qui, en dehors de tout accident immédiat, le nombre, le siège, le développement rapide des tumeurs paraissent légitimer l'action chirurgicale, le rapporteur croit que très rarement la vie de la femme est menacée du fait de fibrômes utérins pendant la grossesse, et que seuls, des accidents immédiats graves mettant en danger au moment même, la vie de la mère, doivent armer la main du chirurgien. A ce point de vue, l'opération de M. Cottin était absolument justifiée. Quant au mode d'intervention, peut-être l'opérateur aurait-il pu tenter une myomectomie conservatrice, comme il en existe quelques cas (Kelly, Martin, Jacobs, Routier, etc...)?

Sarcôme de l'utérus. Résection d'une anse intestinale adhérente et hystérectomie totale. Guérison. — M. Quénu qui rapporte cette observation de M. Cottin, soulève le problème de la dégénérescence sarcomateuse des fibrômes utérins. Il conteste la phrase de Pozzi : « Il est extrêmement probable que le fibrosarcome utérin a toujours pour

Digitized by Google

tissu matriculaire un fibromyome », et affirme l'existence de sarcômes primitifs de l'utérus non greffés sur des fibrômes.

Plaie pénétrante du rachis, par arme blanche, sans lésion de la moelle. Ouverture de l'espace sous-arachnoïdien. Ecoulement d'une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien (30 litres en cinq semaines). Guérison. M. Demoulin, rapporteur, comparant ce fait aux cinq autres connus actuellement, fait remarquer que l'écoulement se montre immédiatement après la blessure, qu'il dure entre 8 jours et 5 semaines, et qu'il s'accompagne de signes de compression cérébrale et de méningite, dès qu'une cause vient à en arrêter ou en diminuer le cours. Pour lui, le chirurgien, en présence d'une plaie par arme blanche, ayant ouvert l'espace sous-arachnoïdien sans lésion de la moelle, peut explorer la plaie au stylet, et doit la laisser ouverte pour éviter les signes de compression cérébrale, et pour drainer dans les cas où l'on soupçonne une infection.

Rhinoplastie. — Le nouveau procédé présenté par M. Nélaton, et destiné à remédier à une destruction « totale » du nez, se compose des quatre temps suivants : 1° Réouverture des 2/3 supérieurs de l'orifice béant des fosses nasales au moyen de la peau qui le borde; cette peau est incisée à 1 cent. 1/2 de l'orifice, disséquée de dehors en dedans et rabattue sur la ligne médiane où elle est suturée avec le lambeau opposé mêmement rabattu, si bien que le rideau, ainsi formé, présente une face cutanée regardant en arrière l'orifice des fosses nasales, une face cruentée regardant en avant; 2° Taille d'un lambeau frontal long de 6 centimètres dans la hauteur, large de 4 cent., à pédicule inférieur situé à 1/2 cent. de la ligne sourcilière. Ce lambeau est limité par une incision à fond jusqu'à l'os; les bords cutanés sont légèrement décollés et la scie à chantourner détache une lame superficielle du frontal, qui sera rabattue en avant avec le lambeau cutané qu'elle double; 3° Section médiane d'avant en arrière du lambeau cutanéo-osseux dédoublé ainsi en deux petits lambeaux-cutanéo osseux; 4° Retournement complet de chacun des lambeaux qui se tord autour de son pédicule supérieur, pour être appliqué face cruentée sur face cruentée du rideau cutané, obturant l'orifice des fosses nasales.

Ce procédé est actuellement le plus satisfaisant dans le cas de destruction totale du nez, il présente néanmoins quelques inconvénients : nécessité de pratiquer l'épilation de la partie inférieure du nez qui porte des cheveux de la partie supérieure du front; apparence de la cicatrice frontale toujours longue à s'établir; difficulté de l'exécution du procédé qui demande de nombreuses retouches; crainte du sphacèle des lambeaux ostéo-cutanés, par suite de la torsion extrême qu'on leur fait subir.

Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse, Colo-colostomie — M. Terrier pratiqua la laparotomie médiane sur une femme présentant des symptômes d'obstacle siégeant à l'angle colique gauche : crises intestinales très fortes durant 2 jours, se localisant dans le flanc gauche, s'accompagnant de constipation opiniâtre, puis d'expulsion de matières non déformées, mais renfermant du sang et des lambeaux pseudo-membraneux; sensation d'empâtement non douloureux, peu mobile, siégeant sur le côlon descendant; dilatation du côlon transverse. Après incision de la paroi abdominale, on put constater l'atrésie des côlons descendant et sigmoïdien et du rectum, l'abaissement et la dilatation du côlon transverse, un angle côlique gauche certainement rétréci et dont le sommet pénétrait profondément dans l'hypochondre sous le diaphragme; l'intestin n'offrait aucune tuméfaction suspecte de sa paroi. Entéro-anastomose unissant la partie gauche du côlon transverse avec la partie inférieure du côlon descendant. Gérison (l'opération date de 3 mois). M. Terrier pense que cette coudure de l'angle colique gauche était due, d'une part, à l'abaissement du côlon transverse; d'autre part, à la traction passive du puissant et inextensible ligament colique gauche (encore appelé phrénico-colique ou pleuro-colique). — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de médecine (*29 avril*). — L'arrhénal et la peste! L'Académie est revenue à l'un et à l'autre. Gamaleïa (d'Odessa) a fait des expériences sur les rats, comme propagateurs du virus pesteux Le rat d'égout et le rat domestique répandent la peste; le rat d'égout habite la ville, le rat domestique les navires. Entre les deux le riz infecté apparaît comme l'agent de transmission du mal. C'est pour avoir croqué du riz infecté par le rat de ville que le rat de navire devient pesteux. Détruisons le riz des maisons infectées; nous créerons une entrave à la propagation du fléau.

M. Armand Gautier cite de nombreux cas de fièvre palustres graves dont un dû à M. Bucquoy qui ont été traités et guéris par l'arrhénal. Le type tierce est le plus aisément combattu. Trois à quatre injections de 5 à 10 centigrammes, pratiquées la première 18 heures avant l'accès, les suivantes, les trois jours suivants suffisent; on renouvellera le traitement au bout de 6 à 8 jours. Dans la fièvre quarte et double quarte, il faut des doses plus fortes : 10 à 20 centigrammes. On continue 4 à 5 jours. On interrompt 6 jours et l'on reprend ensuite. Le traitement comme le fait remarquer M. Laveran, doit donc être poursuivi comme la médication quinique. Plusieurs étapes de prises médicamenteuses sont nécessaires pour éviter les rechutes. Néanmoins en cas d'accidents pernicieux et comateux, il préfèrerait user de la quinine, qu'il connaît, en injections hypodermiques, sauf à recourir à l'arrhénal les jours suivants, si la quinine ne réussit pas.

Le général Galiéni adresse un rapport sur l'assistance

Digitized by Google

médicale indigène à Madagascar. Il rend un hommage éclatant à nos confrères de l'armée, de la marine et civils qui l'ont secondé dans son œuvre. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Le mariage. — Étude de socio-biologie et de médecine légale, par G. Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

Dans les leçons de médecine légale qu'il professe à la Faculté de médecine de Bordeaux, M. Morache ne se borne pas à indiquer les ressources que les connaissances médicales peuvent fournir aux problèmes juridiques. Considérant que les mœurs et les usages d'un peuple résultent nécessairement des conditions biologiques dans lesquelles évolue son existence, il élargit la conception de la médecine légale jusqu'à en faire l'étude des rapports entre les lois civiles et les facteurs biologiques, c'est-à-dire une partie, une division de la socio biologie.

Comme la fonction de reproduction est la première des fonctions socio-biologiques, et que le mariage, qui tend à régler les relations sexuelles entre l'homme et la femme, est ainsi la base de tout l'édifice social, c'est cette institution que M Morache a étudiée la première dans le cours dont son livre n'est qu'un résumé en dix chapitres.

Le mariage au début des sociétés, les premières codifications des mœurs et des coutumes réglementant l'union des sexes, l'évolution du mariage suivant les périodes historiques ; ses conditions d'âge, de parenté et de consentement ; les cas de nullité canoniques et physiologiques ; les causes de rupture, de répudiation ou de divorce ; le mariage considéré dans ses rapports avec la maladie, la syphilis, la tuberculose, l'aliénation mentale, l'épilepsie ; la stérilité et toutes les causes qui peuvent l'amener ; tel est le rapide sommaire des questions étudiées avec une grande compétence et une extrême clarté d'exposition dans les neuf premiers chapitres de l'ouvrage.

Le dixième et dernier est consacré à l'examen des avantages et aussi des *desiderata* du mariage.

La statistique nous apprend que le mariage est un facteur de longévité, c'est-à-dire que la mortalité des célibataires est supérieure à celle des conjoints, et celle des veufs encore plus forte que celle des célibataires. Les femmes veuves survivent plus longtemps que les veufs, ce qui tend à prouver que la femme manque plus à l'homme que l'homme ne manque à la femme. Après avoir signalé l'influence du mariage sur les suicides et sur la criminalité, M. Morache constate que le mariage demeure numériquement stationnaire, tandis que le nombre des divorces augmente ; que les ruptures sont plutôt demandées par les femmes que par les hommes, et que les naissances illégitimes croissent pendant que les naissances légitimes se maintiennent au même taux. Le courant semble porter à l'union libre, et il serait à désirer que le mariage fût élargi : à l'entrée, par l'abaissement de l'âge où l'on peut se marier sans le consentement des parents, et par la simplification des formalités et des pièces administratives ; à la sortie, en rendant légalement possibles les divorces par consentement mutuel et abrogeant l'article 498 du Code civil qui défend à la femme adultère et divorcée d'épouser son complice.

D'autres réformes encore pourraient être faites et doivent être préparées : par exemple, en ce qui concerne les lois sur l'héritage qui ont entraîné « la déplorable coutume de la dot », et par là appauvri la France, diminué son rendement en naissances, limité son expansion au dehors, et rendu le mariage une sorte d'affaire où les intérêts matériels jouent le rôle essentiel, sinon unique parfois.

Cependant, malgré les amendements de détail qu'il devra subir, le mariage, dit en terminant M. Morache, demeure la plus grande, la plus belle des conceptions humaines. Il importe à l'avenir des sociétés de le maintenir, de l'agrandir, de en faire, de plus en plus, la base de la famille et de la société. — E.-L.-M.

Les Oreillons, à propos de la dernière épidémie observée à Commentry, par le Dr Paul Fabre (de Commentry). (G. Steinheil, édit., Paris.)

Nos lecteurs connaissent le Dr Paul Fabre (de Commentry). C'est un de ces travailleurs émérites, toujours sur la brèche, et dont l'activité en éveil se traduit par la production d'œuvres sérieuses, intelligentes, qui méritent chacune une attention spéciale. Déjà en 1875, l'auteur nous avait parlé de la localisation possible des oreillons aux glandes sous-maxillaires. Aujourd'hui, s'appuyant sur 83 cas, il fait ressortir la grande variété d'allures familière à cette singulière maladie. La durée d'incubation s'est montrée très variable (5 jours à 29 jours, moyenne générale 15 jours 1/2) ; les 83 observations ont fourni 26 cas d'oreillons doubles d'emblée, 17 cas d'oreillons unilatéraux, (16 fois à gauche, 1 fois à droite). Douze malades ont présenté de l'engorgement des glandes sous-maxillaires. Cette brochure, inspirée d'un excellent esprit clinique, signale différentes particularités (apparition tardive ou précoce et variations de la fièvre, complications d'otalgie, d'otite, de conjonctivite, etc.).

Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme chez l'homme. fixation de la ration dans ces diverses conditions, par le Dr Marel, médecin principal de réserve de la marine, chargé de cours à l'Université de Toulouse. In-8° de 92 pages avec nombreux tableaux. Prix : 2 francs. Octave Doin, éditeur.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*: on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger

PARIS. — IMP. CHARLES CLAYE, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. le Dr Chauffard.

Urémie dyspnéique chez un infantile

La clinique, fertile en surprises et difficultés de toutes sortes, n'a pas souvent à se débattre avec des problèmes aussi compliqués que ceux soulevés par un petit malade qui a succombé le soir même de son entrée à l'hôpital.

C'était un jeune homme de seize ans, ou plutôt un enfant, car il paraissait loin de son âge; on ne lui aurait pas donné plus de douze ans, tant étaient grêles ses formes, tant le développement général était retardé. Il n'y avait pas de système pileux au pubis; les bras, les jambes étaient d'un enfant. Il était entré à l'hôpital le 7 mars.

Deux grands signes attiraient tout de suite l'attention sur lui : une dyspnée très vive, profonde et suspirieuse. Le nombre des respirations était de 30 par minute; l'inspiration était sifflante, pénible, l'expiration pénible et prolongée. Certaines méningites tuberculeuses, certaines dyspnées urémiques présentent un type respiratoire de cet ordre.

Le deuxième signe était une hypothermie manifeste, la température rectale était de 35,5; pareil abaissement thermique ne laissait pas de surprendre; la langue était sèche, rôtie, l'urine était très peu abondante. C'est dans les infections sévères qu'on rencontre des langues pareilles et une semblable diminution urinaire; or, dans les infections, si parfois, et dans les cas graves, la fièvre n'est pas élevée, au moins ne tombe-t-elle que rarement à des abaissements thermiques aussi considérables.

On a bien signalé des fièvres typhoïdes (Potain), des pneumonies, des grippes évoluant avec hypothermie, — mais le séro-diagnostic restant négatif, la fièvre typhoïde fut éliminée du coup; quant à la pneumonie et la grippe, il n'y avait nulle raison d'y songer. Il n'y avait pas eu de point de côté, de coryza, de courbature. Les bronches ne renfermaient que des sibilances. Roger a rattaché l'hypothermie à une autre maladie encore : la méningite tuberculeuse en certaines de ses formes anormales. La ponction lombaire donna issue à un liquide clair et transparent, qui bientôt se colora de sang : la rupture secondaire d'un petit vaisseau sans doute.

On ne put donc tirer des renseignements suffisamment nets de l'examen du liquide céphalo-rachidien qui était mélangé de sang, et il fallut se rabattre sur la seule dyspnée pour y trouver la clef du diagnostic. Cette dyspnée, de par ses caractères suspirieux et pénibles, sans qu'une lésion locale l'expliquât d'une manière satisfaisante, semblait bien ressortir au groupe des dyspnées toxiques. Or, la piste d'une double auto-intoxication nous était ouverte dans le cas présent. 1° Le diabète. Bien que rare à cet âge, le diabète n'épargne pas la jeunesse; quand il la frappe, il offre une grande tendance à se terminer par des accidents comateux. S'agissait-il d'un coma diabétique? L'enfant, au dire du père, avait eu très soif les jours précédents. Cette polydypsie était-elle d'origine diabétique? L'haleine n'exhale pas l'odeur de pomme reinette (acétone); par la sonde, on retire 150 cent. cubes d'une urine claire, jaune paille, d'une densité de 1012. L'urine ne renferme pas traces de sucre. Le diagnostic de diabète, que l'absence de coma rendait déjà improbable, est donc définitivement écarté. Mais on isole de petites quantités d'albumine (0.25 à 0.30 par litre). La présence de cette albumine va-t-elle nous permettre de fixer notre jugement? Avons-nous affaire à la seconde forme d'intoxication, capable de faire de la dyspnée et de l'hypothermie, à l'urémie? 2° L'idée d'urémie dyspnéique soulève bien des objections. L'enfant n'était pas atteint de néphrite aiguë, il n'avait pas d'œdème, son urine était pâle, claire, non sédimenteuse, à densité faible. La quantité d'albumine était très faible. Ce ne sont pas là les signes d'une néphrite aiguë, où l'œdème est constant, où les urines sont foncées, troubles, sédimenteuses, à densité élevée et renferment des quantités considérables d'albumine. Devions-nous songer à une néphrite chronique? Rien ne mettait sur la voie. Les pupilles étaient du reste très dilatées, comme il arrive dans l'empoisonnement par l'atropine; c'est plutôt la contractation pupillaire qui se montre dans l'urémie. La langue était sèche et rôtie; on ne retrouve pas une telle langue dans les néphrite chroniques. Au surplus, quelle eût été la cause de celle ci? On ne relevait pas de maladie infectieuse dans le passé de l'enfant. Il n'avait pas eu la scarlatine. D'ailleurs, combien bizarre cette dyspnée qui ne se compliquait d'aucun autre signe! Si l'on s'arrêtait au diagnostic d'urémie, il fallait donc admettre une urémie dyspnéique pure, sans maux de tête, sans convulsions, sans autres signes nerveux, comme si l'intoxication urémique, au lieu de se répandre sur l'ensemble des centres corticaux, se fût circonscrite et eût choisi pour lieu d'élection le centre respiratoire. Tout cela était bien étrange.

C'était pourtant la vérité. Nos hésitations n'eurent pas le temps de se prolonger; dès le soir même, la dyspnée augmente, l'enfant se cyanose et meurt.

L'autopsie nous éclaire à première vue. Une double lésion s'offre à l'œil : celle du rein, celle du cœur. Le rein est atrophié, le ventricule gauche est très hypertrophié. Le rein droit pèse 62 gr., le gauche 58 gr.; tous deux sont petits, à surface inégale,

Digitized by Google

granuleuse, grenue; l'organe est induré; la substance corticale, très atrophiée, montre plusieurs petits kystes à la surface de section. Il s'agit donc d'une néphrite interstitielle.

Le cœur, hypertrophié dans son ventricule gauche, qui atteint jusqu'à 2 centimètres 1/2 d'épaisseur, apparaît plutôt petit dans son ensemble. Il pèse 205 gr. La cavité ventriculaire est élargie, mais il n'existe aucune lésion orificielle.

L'aorte est petite, à parois minces, friables, réalisant le tableau de ce que Virchow a appelé aortis chlorotica et contrastant, par la gracilité de son calibre, avec l'énorme épaisseur du ventricule gauche.

Pas de granulie ni de méningite tuberculeuse. Les autres organes sont sains.

Si la nature de la lésion était démontrée immédiatement à l'autopsie, l'interprétation de cette lésion ne s'imposait pas avec cette évidence. D'où venait l'altération cardio-rénale? Les points de repère infectieux nous manquaient; nous n'avions pour nous guider dans cette recherche qu'un signe, celui-là de tout autre ordre, mais de première importance. Je veux dire l'aspect infantile du malade.

Or l'infantilisme ne constitue pas une manifestation de développement à pathogénie toujours semblable. On en distingue au moins une double forme : l'infantilisme myxœdémateux par insuffisance thyroïdienne, qu'on peut aussi appeler infantilisme type Brissaud. En 1895, H. Meige a donné de ces infantiles la description suivante : « Face arrondie, joufflue, lèvres saillantes et charnues, nez peu développé, visage glabre, peau fine et de couleur claire, cheveux fins, sourcils et cils peu fournis. Torse allongé, cylindrique, neutre, un peu proéminent. Membres potelés, effilés de la racine aux extrémités, une couche adipeuse d'une assez grande épaisseur enveloppant tout le corps et masquant les reliefs osseux et musculaires. Organes génitaux rudimentaires, absence de poils au pubis et aux aisselles. Voix grêle et aiguë, larynx peu saillant. Corps thyroïde généralement petit. » Cet infantilisme myxœdémateux ne se fixe pas dans un type unique, il se répartit dans de nombreux intermédiaires allant de l'idiot myxœdémateux, qui siège tout au bas de l'échelle, aux enfants simplement retardés.

Nous ne reconnaissons chez notre enfant aucun trait de ce type. Bien que son corps thyroïde n'ait pas été examiné, tant de caractères distinctifs le sé parent que l'évidence s'impose. Notre malade est maigre, grêle, non bouffi. Ce n'est pas un infantile dévié comme chez les myxœdémateux, c'est un infantile simplement retardé. Le type est normal, mais en retard.

A cet égard il rentre dans la deuxième classe de l'infantilisme, de celui qui est décrit par Lorain, Lasègue. Brouardel et qui tient non au trouble local d'un organe comme le corps thyroïde, mais à une dystrophie générale, à un arrêt de développement total relevant d'une cause générale infectieuse ou toxique (infantilisme Lorain).

Chez ces sujets chétifs, graciles, il existe une hypoplasie générale du système vasculaire, du système osseux, du système génital, du système nerveux. Tout est faible et arrêté dans ce type incomplet.

Ce trouble de l'évolution organique se complique parfois de néphrites lentes, scléreuses, sur lesquelles Virchow, Lancereaux, Besançon ont attiré l'attention. La coexistence des arrêts de développement et de ces néphrites n'est pas douteuse; seulement on ne s'entend pas bien sur la signification des rapports qui unissent cette double lésion.

Les uns, comme Lancereaux et Besançon, concluent à une relation directe. C'est l'aplasie artérielle qui crée la néphrite. Les autres, comme Rendu et Moutard-Martin, considèrent qu'il ne s'agit que d'un rapport indirect. L'aplasie artérielle ne crée qu'une condition de terrain, une condition prédisposante qui oppose moins de résistance à l'intoxication et l'infection, d'où néphrites ultérieures.

Il serait peut-être possible d'élever davantage le débat et, au lieu de faire dépendre plus ou moins directement la lésion rénale de l'aplasie artérielle, de les considérer toutes deux comme dérivées d'une cause commune et plus haute. L'hérédité morbide des parents ne serait-elle pas en cause dans des manifestations de ce genre?

Fournier a décrit les arrêts de développement de l'hérédo-syphilis. Charrin a démontré par voie expérimentale les descendances de lapins arrêtées dans leur développement par la maladie infectieuse de la mère. La tuberculose est souvent en cause chez l'homme; d'autres fois c'est le paludisme grave, d'autres fois encore l'alcoolisme.

Admettre que les infantiles non myxœdémateux sont des héréditaires toxiques ou infectieux, c'est ouvrir une conception plus large et très satisfaisante. Les arrêts de développement ne sont-ils pas déterminés par des maladies toxiques ou infectieuses des parents? Et ces maladies toxiques ou infectieuses ne sont elles pas elles-mêmes la cause des diverses néphropathies?

Il nous semble donc rationnel de penser que notre malade, vis-à-vis d'une intoxication ou infection fœtale que nous ne pouvons pas spécifier d'une manière précise, a réagi de deux façons : à la fois par son arrêt de développement et sa néphrite scléreuse, celle-ci étant peut être aggravée par l'aplasie artérielle concomitante. Quoi qu'il en soit, différente quant aux conditions de terrain et à sa naissance

Digitized by Google

intra-utérine, la néphrite de cet enfant plus tard est rentrée dans les cadres normaux quant à ses conséquences et à sa terminaison.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement radical de la migraine

Par le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Radical ! oui, c'est bien l'adjectif dont M. P. Kovalevsky se sert en plusieurs endroits de son livre sur la *Migraine et son traitement* (Paris, 1902).

M. Kovalevsky recherche et éloigne les causes occasionnelles des paroxysmes, il soulage par un nervin, à chaque accès, les souffrances du patient : jusqu'ici rien de nouveau, mais — et voici en quoi consiste l'originalité de sa méthode — pour empêcher les retours offensifs de la migraine, il s'attaque entre temps à la « prédisposition héréditaire névropathique » ainsi qu'aux diathèses, aux maladies chroniques épuisantes qui, en affaiblissant, en ébranlant l'organisme, « développent par là son déséquilibre nerveux » et augmentent la prédisposition à l'hémicrânie. Cette lutte contre la prédisposition héréditaire et contre les diathèses qui « la soutiennent », voilà ce qu'il appelle le *traitement radical de la migraine.* Il pourrait — déclare-t-il — citer une quantité suffisante de cas où, après ce traitement, les accès ne se sont pas répétés pendant 3-4 ans. « Ces exemples — ajoute-t-il — ne prouvent pas encore la possibilité de guérir complètement la migraine, mais ils donnent l'espoir de pouvoir y arriver en suivant la voie indiquée, et engagent à être persévérant dans la lutte entreprise ; le malheur est que la plupart des malades n'ont pas de persévérance, et, dès qu'ils ressentent un certain mieux, abandonnent le régime systématique..., provoquant par là une rechute de la maladie ».

A l'instar de tous les auteurs, M. Kovalevsky attribue le rôle essentiel dans la migraine à l'hérédité similaire, ou à l'hérédité hétérogène, ou à l'une et à l'autre ; il nous a semblé qu'il accorde, dans les cas d'hérédité hétérogène, une place trop importante à l'épilepsie et aux psychoses de dégénérescence. Il a tort de passer presque complètement sous silence des causes prédisposantes héréditaires incontestables : la neurasthénie (qui n'est pas une fiction) et l'hystérie plus fréquentes dans nos observations que l'épilepsie.

Quoi qu'il en soit, la prédisposition pathologique héréditaire à la migraine, contre laquelle il organise une lutte systématique, ne serait pas autre chose que l'excitabilité permanente excessive d'une partie limitée des centres vaso-moteurs et sensoriels de la medulla oblongata se rapportant à une des moitiés de la tête, souvent exagérée par l'épuisement de l'organisme consécutif aux longues maladies, par les cachexies, par les altérations physiques ou chimiques qui résultent de l'alcoolisme, de l'uratisme (migraine des arthritiques, des goutteux), etc... La surexcitation d'une moitié du cerveau oblong devient telle, à un moment précis, qu'elle éclate en une décharge, vers les filets sympathiques carotidiens, de « l'énergie nerveuse » qui s'y est accumulée : cette décharge est l'accès de migraine.

L'auteur en déduit qu'il est nécessaire, pour guérir radicalement la migraine ou pour en retarder les échéances, de remplacer artificiellement peu à peu par une autre, susceptible d'un fonctionnement plus régulier et plus équilibré, la substance propre des éléments nerveux de la moitié de la moelle allongée héréditairement surexcitée, et, simultanément, d'atténuer la surexcitabilité héréditaire par des sédatifs.

Il estime — est-ce une rêverie ? — qu'on peut changer le protoplasma de la substance nerveuse de la moelle allongée (pourquoi pas de la substance grise de tout l'encéphale ?) par un autre, incapable de réaliser le syndrome migraine, en instituant pendant des années un régime surtout lacto-végétarien : lait seul ou avec du pain et des biscuits, crème, fromage, œufs, légumes à l'exception des asperges et des artichauts, fruits ; jamais de gibier qui « trouble l'équilibre d'un système nerveux trop excitable par nature » ; peu de viande, point de bœuf, plutôt — et en faible quantité et pas tous les jours — du veau, du mouton, de la volaille, du poisson (ni écrevisses ni homard). L'eau est la meilleure boisson ; un peu de café, de thé, de chocolat n'est point défendu.

Le migraineux se lèvera à 6-7 heures du matin, se couchera à 11 heures du soir. Proscription du tabac.

Tous les jours ou tous les deux jours, pendant huit mois à un an, galvanisation du crâne dans la direction ascendante ou du plexus sympathique cervical supérieur : « abandonné avant le terme, le traitement perd son effet ». Bains chauds, bains frais prolongés, bains de mer pour les personnes robustes, douches générales ou en éventail de peu de durée. Le massage (G. Norstroem), la percussion (Neale) de la tête retardent les accès.

Enfin M. Kovalevsky, qui considère la migraine comme la plus proche parente du mal comitial, recommande pendant deux ans, avec des interruptions, le bromure de sodium, à titre de médicament « capable d'équilibrer et de calmer le système nerveux », de pondérer, de développer la capacité d'inhibition de la medulla oblongata :

Bromure de sodium.....	8 grammes
Teinture de strophantus.....	2 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 10
Eau de fleurs d'oranger.....	180 grammes

Prendre 3 cuillerées par jour.

Digitized by Google

La dose moyenne de bromure sodique n'est guère que de 2 grammes en tout *pro die*. Il est associé à la teinture de strophantus « pour régulariser un peu l'activité du cœur », à quoi bon? et à la cocaïne « comme calmant »; chez les descendants d'alcooliques, la cocaïne est remplacée par l'extrait de noix vomique.

Ce sont les médecins migraineux — le nombre en est grand — qui pourront le mieux et bientôt renseigner les autres sur la valeur des assertions de M. Kovalevsky s'ils ont le courage de faire sur eux-mêmes l'essai loyal de sa méthode.

ÉTUDE CLINIQUE

Colite muco-membraneuse et appendicite

Par le Dr Félix Bernard (de Plombières), *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

I

L'étude des rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite a déjà donné lieu à des discussions nombreuses. Bien que la plupart des médecins et des chirurgiens admettent des relations de cause à effet entre les deux affections, il s'en faut de beaucoup que l'unanimité soit absolue. Le grand nombre de malades atteints d'affections intestinales que j'ai eu l'occasion de suivre au cours de ces dernières années, les quelques faits intéressants que j'ai pu observer, m'engagent à apporter une modeste contribution à cette question controversée. Je n'hésiterai pas à prendre immédiatement parti dans le débat, et à déclarer qu'à mon avis, la colite muco-membraneuse est une cause fréquente d'appendicite.

En 1896, au moment des retentissantes communications de M. Dieulafoy sur l'appendicite, deux camps très tranchés se formèrent. Dans l'un, M. Dieulafoy lutta presque seul, et, avec son talent habituel, soutint cette idée que jamais la colite n'engendrait l'appendicite. Dans l'autre camp se rangèrent de nombreux adversaires. Les Sociétés savantes furent depuis fréquemment intéressées par les échos de cette lutte brillante. S'appuyant sur les expériences de Klencki, M. Dieulafoy édifia sa théorie du vase clos. Jamais l'appendicite n'est la conséquence, ni l'aboutissant de l'entéro-colite. Bien plus, si l'on constate, au cours d'une crise intestinale, des symptômes d'entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, on n'a rien à redouter de l'appendicite.

Potain, à l'Académie de médecine, Routier, à la Société de chirurgie, se firent les défenseurs de l'opinion de M. Dieulafoy. Au Congrès international des Sciences médicales de 1900, Ewald souscrivit aux mêmes conclusions. D'autres auteurs, tels que Glénard (*Acad. de Méd.*, 6 avril 1897), sans aller aussi loin, admettent que la colite et l'appendicite peuvent s'observer chez le même malade, mais voient dans cette association, non une relation de cause à effet, mais une simple coïncidence.

Comme je l'ai dit, nombreux sont les partisans de l'opinion opposée. Dès les premières communications de M. Dieulafoy, MM. Laveran, Lucas-Championnière, Poncet et surtout Reclus, à l'Académie de médecine; MM. Walther, Brun, Jalaguier, Broca, Tuffier, à la Société de chirurgie; Mathieu, Talamon, Le Gendre, Siredey, à la Société médicale des hôpitaux, rapportaient plusieurs cas où l'appendicite avait succédé à la colite. MM. Guinon et Challan de Belleval, dans leur communication au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille, en 1898, se rangèrent à cette même opinion. M. Albert Robin admet aussi implicitement une filiation entre la colite et l'appendicite, et publie une statistique importante. Vorbe, dans sa thèse (*Th. de Lyon*, 1898), reproduit 27 observations. M. Beurnier (*Journal des Praticiens*, 10 fév. 1900), nous donne une étude des plus intéressantes sur la matière, et rapporte quelques faits suggestifs. Les auteurs qui ont écrit sur l'entéro-colite au cours de ces dernières années, Lyon, Vouzelle, Froussard, etc., en citent aussi plusieurs.

Le nombre des observations actuellement publiées est donc considérable. J'y ajouterai les chiffres d'une statistique personnelle. Dans ma pratique spéciale, j'ai pu observer 850 cas de colite muco-membraneuse. Sur ces 850 sujets, 26 avaient subi l'ablation de l'appendice qui avait été reconnu malade à l'intervention. Les accidents appendiculaires, dans les 26 cas, s'étaient montrés au cours d'une entéro-colite et, après l'opération, les accidents intestinaux avaient persisté. Chez 32 autres, il existait, au moment où je les ai vus, des symptômes non douteux d'appendicite et, chez ceux ci également, la colite avait été la première en date. Mais la plupart ont échappé à l'opération et, sur ceux qui ont été opérés depuis, je n'ai pu avoir de détails touchant le résultat consécutif. Donc 58 malades sur 850, soit 6,8 0/0, ont eu de l'appendicite consécutivement à de la colite muco-membraneuse. Chez 4 autres malades, les symptômes de colite n'ont été observés qu'après l'ablation de l'appendice. Tout porte à croire qu'ils existaient antérieurement. Si l'on ajoute ces 4 cas aux autres, le pourcentage s'élève à 7,2 0/0. Enfin, je dois ajouter que 5 autres sujets ont vu leurs accidents d'entéro-colite disparaître après l'ablation de l'appendice. Chez eux, les accidents de colite pouvaient avoir été provoqués par l'appendicite, à moins qu'on ne veuille

Digitized by Google

admettre, comme causes de guérison, le séjour au lit et le régime sévère suivi à l'occasion de l'opération.

En ne tenant compte que des 58 cas indubitables, et de la proportion de 6,8 0/0, on doit voir là, plus qu'une simple coïncidence.

Bien plus, à côté de ces cas indiscutables, il en existe un grand nombre où j'ai pu soupçonner la non intégrité de l'organe; la pléiade symptomatique de l'appendicite n'était pas complète; on pouvait relever cependant à la charge de cette affection un certain nombre de symptômes.

L'expérimentation est venue en aide à la clinique pour prouver l'influence des entérites sur la production de l'appendicite, et les recherches de Beaussenat sont tout à fait démonstratives. Il put déterminer chez des lapins, en même temps que de l'entéro-colite, des lésions appendiculaires. Pour lui, la cause prédisposante de l'appendicite est l'entéro-colite qui modifie les conditions de vitalité normale de la muqueuse, diminue le pouvoir phagocytogène de l'organe, et laisse, pour longtemps, un territoire mal protégé contre l'infection.

Le fait de Reclus, observé par lui avec M. Œttinger, a toute la valeur d'une expérience de laboratoire. Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui prit, pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires, un lavement additionné de 0,50 cent. de sublimé. A la suite, elle présenta des accidents graves d'entéro-colite avec expulsion des matières enrobées de mucus et de fausses membranes, puis les accidents disparurent au bout de 8 jours, et firent place à des symptômes d'appendicite.

Les faits cliniques et expérimentaux sont donc d'accord pour prouver les rapports des deux affections. Recherchons maintenant les causes qui peuvent expliquer la fréquence de l'appendicite au cours de la colite. Tout d'abord, il est bien évident que les lésions du côlon et du cæcum peuvent gagner l'appendice par contiguïté. On a objecté, il est vrai, que les lésions de la colite muco-membraneuse sont des plus légères et tout à fait superficielles. Mais il faut, comme le fait remarquer Vouzelle (*Th. de Paris*, 1899), tenir compte de la possibilité d'infections secondaires. Ces lésions, si légères qu'elles puissent être, et ces infections secondaires, se propageant à l'appendice, véritable fistule borgne interne, suivant l'expression de Reclus, y trouveront un terrain de développement tout préparé, en raison de l'étroitesse de l'organe, de sa longueur, de ses coudures possibles. Ici la théorie du vase clos peut reprendre ses droits, et expliquer, dans quelques cas, comment une infection légère et banale peut devenir plus accentuée et dangereuse dans de telles conditions.

La théorie de M. Talamon n'est pas moins acceptable, et il est assez légitime de penser que les scybales, conséquences de la constipation habituelle de la colite, peuvent, en s'engageant dans le canal appendiculaire, provoquer des accidents. Les mêmes considérations sont applicables à la lithiase intestinale, qui est toujours fonction d'entérite, et qui m'a paru avoir, comme cause de l'appendicite, une réelle importance. M. Siredey (*Soc. méd. des Hôp.*, 30 mars 1897) a depuis longtemps appelé l'attention sur ces faits. Chez un même malade, il observa successivement de l'entérite muco-membraneuse, de la lithiase intestinale et une appendicite. On peut incriminer, dans ce cas, le traumatisme provoqué par les calculs ou le sable intestinal, ou encore admettre que la lithiase s'observe surtout dans les formes invétérées de l'entéro-colite.

Il est une autre cause de diminution de la vitalité de la muqueuse, sur laquelle je veux appeler l'attention. Dans la colite muco-membraneuse, véritable névrose intestinale, il existe, à côté de l'élément infectieux, un ensemble de troubles circulatoires, sensitifs, moteurs, secrétoires, trophiques, auxquels on peut rattacher tous les symptômes de l'affection, depuis les symptômes intestinaux (constipation, diarrhée, production de muco-membranes) jusqu'aux ptoses viscérales si fréquemment observées, ces dernières devant être rattachées aux troubles trophiques. Il est certain que ces deux facteurs retentissent sur l'appendice en même temps que sur l'intestin. Les poussées congestives, les modifications de sécrétion, les troubles vasculaires et trophiques diminuent la vitalité de l'organe au même titre que l'élément infectieux.

Si l'on réfléchit, d'une part, aux conditions anatomiques qui créent dans l'appendice un locus minoris resistentiæ, d'autre part, à toutes ces causes que je viens d'énumérer et qui menacent la vitalité de l'organe chez les malades atteints d'entéro-colite, on ne peut que s'étonner que les accidents ne soient pas plus fréquents. Il n'y a aucune raison d'admettre que l'appendice, dont les conditions anatomiques et physiologiques sont plus défectueuses que celles des autres segments de l'intestin, soit indemne alors que le côlon et le cæcum sont malades, et qu'il existe, au point où il s'abouche dans l'intestin, une barrière protectrice.

On est même porté à se demander si l'appendice n'est pas toujours touché plus ou moins dans la colite muco-membraneuse. Evidemment, il ne s'agirait pas là de l'appendicite classique, mais de formes très légères, très atténuées, ne se décelant que par quelques signes fugaces, et guérissant parallèlement à la colite causale. Ce serait, si l'on veut, de l'*appendicisme*. Sans aller jusqu'à dire qu'il y a appendicite chaque fois qu'il y a colite, on est au moins forcé

Digitized by Google

d'admettre que la colite prédispose les sujets qui en sont atteints à l'appendicite.

En étudiant parallèlement l'histoire clinique des deux affections, on leur découvre de nombreux liens de parenté.

C'est ainsi que souvent la même *cause* leur donne naissance, soit qu'elle agisse sur les deux organes en même temps, soit qu'elle atteigne l'appendice par l'intermédiaire de l'intestin. Si on laisse de côté les appendicites suraiguës, celles que l'on a pu comparer à des amygdalites infectieuses et appeler angines de l'appendice cœcal (Sahli, Bland Sutton), on retrouve énumérées les mêmes causes des deux maladies. On a décrit des appendicites familiales et héréditaires; or, on sait qu'il n'est pas rare de voir plusieurs sujets d'une même famille atteints en même temps d'entéro-colite. La grippe, la fièvre typhoïde, l'état névropathique et l'hystérie ont été signalés dans les antécédents des deux catégories de malades. Thiercelin a trouvé un même diplocoque dans des cas d'entéro-colite et dans des cas d'appendicite. Certains troubles gastro-intestinaux peuvent être suivis d'abord de colite, puis d'appendicite (Lucas-Championnière, Talamon, Le Gendre, Ducastel, etc.). Pour M. Albert Robin, l'appendicite et la colite muco-membraneuse constituent deux modes du retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie. Il compte 10 cas d'accidents appendiculaires sur les 149 cas où l'hypersthénie gastrique possédait la colite muco-membraneuse au nombre de ses complications, soit 6, 7 0/0.

L'*anatomie* et l'*anatomie pathologique* nous fournissent aussi des arguments. L'étude du développement de l'appendice qui n'est qu'une partie du cœcum arrêtée dans son évolution, de sa structure intime, nous permet de comprendre comment l'appendicite peut n'être considérée que comme une entérite spéciale (Vorbe).

A vrai dire, il est assez difficile de poursuivre l'analogie sur le terrain de l'anatomie pathologique. Cela tient d'abord à la rareté des autopsies de sujets atteints de colite muco-membraneuse, et ensuite à ce que les lésions très légères de la muqueuse ne s'accompagnent de conséquences graves pour l'appendice qu'en raison de conditions particulières sur lesquelles j'ai déjà insisté. Cependant, en nous rapportant à la thèse de Vorbe, nous voyons que cet auteur s'appuyant sur la communication de M. Guinon au Congrès de Pédiatrie de 1898, et sur les recherches de Beaussenat, établit une analogie suffisante entre les lésions des deux affections.

Les *symptômes* communs à l'appendicite et à la colite muco-membraneuse sont nombreux ; insistons seulement sur quelques points particuliers.

Les troubles gastriques se constatent également dans les deux affections; la plupart, d'après mes observations, ressortissent à l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie ; c'est du reste l'opinion que M. Albert Robin avait émise depuis longtemps. Un signe sur lequel je tiens à appeler l'attention, et que j'ai observé chez les sujets dont l'appendice est lésé au cours d'une entéro-colite, c'est un état nauséeux spécial et presque continu, tourmentant les malades et les empêchant de s'alimenter.

Les troubles intestinaux, constipation, diarrhée, ou alternatives de constipation et de diarrhée, avec expulsion de glaires ou de membranes, sont aussi très fréquents. Si l'on recherche ces antécédents de colite chez les appendiculaires, on les rencontre dans nombre de cas.

Les crises douloureuses aiguës de l'entéro-colite ressemblent beaucoup aux poussées aiguës de l'appendicite chronique. Le point douloureux classique de Mac Burney a évidemment une grande valeur diagnostique de l'appendicite. Mais, d'une part, il existe beaucoup d'appendicites où la localisation de la douleur ne se montre pas en ce point. D'autre part, dans la colite muco-membraneuse, le maximum de la douleur, spontanée ou provoquée, siège le plus souvent dans la fosse iliaque droite, parfois au voisinage du point de Mac Burney. Dans 70 0/0 des cas, j'ai rencontré, chez les colitiques, le maximum de la douleur provoquée dans la fosse iliaque droite. Certes, je ne veux pas discuter l'importance du signe de Mac Burney ; j'en conclurais plutôt que l'appendice est plus souvent lésé qu'on ne le croit dans l'entéro-colite. On peut, il est vrai, localiser alors la douleur au niveau du cœcum, et admettre une grande fréquence de l'entéro-typhlo-colite du professeur Dieulafoy. Mais, si l'on se reporte aux considérations précédentes, on doit croire que dans l'entéro-colite, l'appendice est souvent malade, très légèrement si l'on veut, et faire de la douleur intestinale un symptôme commun aux deux affections. Rappelons ici que l'ancienne typhlite a été des plus discutées, et, sans nier son droit à l'existence, nous ne voyons pas de raison pour qu'on la rencontre surtout dans l'entéro-colite, alors que l'appendicite, dont on reconnaît la fréquence, ne s'observerait pas dans cette dernière maladie.

Ainsi l'observation des faits cliniques, l'expérimentation, l'étude parallèle des deux affections, tout tend à rapprocher l'appendicite de la colite muco-membraneuse et nous conduit à cette idée : que dans la colite, l'appendice est souvent atteint.

II

Esquissons maintenant une rapide description de l'appendicite observée au cours de la colite. Cette affection est relativement *fréquente*, puisque je l'ai

Digitized by Google

rencontrée dans 6,8 0/0 des cas. Mais il ne s'agit là que de cas absolument nets, et le nombre doit en être encore plus considérable, puisqu'il me semble impossible qu'il y ait colite muco-membraneuse sans que l'appendice soit touché, ou tout au moins en état de *minoris resistentiæ*. La complication semble plus fréquente chez l'enfant. Sur 850 malades, 125 étaient des enfants de 3 à 12 ans, et chez eux j'ai observé 14 cas d'appendicite, soit 11,2 0/0. Le sexe féminin étant plus prédisposé à la colite muco-membraneuse, il est naturel que les femmes soient plus fréquemment atteintes d'appendicite. Sur mes 58 malades, il y a 37 femmes. La lithiase associée à l'appendicite m'a paru un élément pathogénique important, puisque sur ces 58 malades, chez 38, soit à peu près dans les 2/3 des cas, on avait constaté la présence de sable intestinal dans les garde-robes, en même temps que celle des pseudo-membranes.

Il est impossible de faire une étude *anatomo-pathologique* complète de cette appendicite. Toutes les lésions décrites peuvent se retrouver ici. Toutefois ce sont le plus souvent celles de l'appendicite chronique, bien étudiées dans la thèse de Rastouil (Paris, 1901), que l'on observe : coudures, déplacements, allongements, formations kystiques, rétrécissement ou oblitération de la cavité, transformation de la muqueuse en un tissu blanchâtre ou fibreux, etc.

Les *symptômes* de l'appendicite peuvent éclater brusquement au cours d'une entéro colite. On a alors le tableau dramatique de l'appendicite aiguë, et l'allure de l'affection peut être telle que l'intervention s'impose dès la première atteinte.

Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. L'affection est masquée par les symptômes de la colite ; c'est un état chronique qui s'établit lentement. Les malades accusent des troubles digestifs, se plaignent fréquemment d'un état nauséeux particulier, de troubles intestinaux, le plus souvent de constipation, quelquefois de diarrhée ; on retrouve dans les garde-robes des glaires ou des pseudo-membranes, fréquemment du sable intestinal. Les douleurs sont peu accusées ; c'est un état de souffrance subcontinu ou intermittent, plus prononcé dans la fosse iliaque droite. La palpation permet de reconnaître de la distension gastrique, la présence de spasmes intestinaux en certains points, la dilatation et la flaccidité de l'intestin en d'autres, de l'empâtement cœcal, des ptoses viscérales, surtout celle du rein droit. Nous n'avons guère jusqu'ici que des symptômes de colite, et pourtant l'appendice est déjà atteint. La douleur devient plus intense, plus continue, s'exaspère par moments. Tout peut en rester là ; c'est l'état chronique appendiculaire (Rastouil). Ou bien des crises surviennent, crises le plus souvent peu intenses, et consistant seulement en une exagération de la douleur abdominale, quelques nausées, un léger état fébrile. Les crises peuvent s'atténuer, ne se montrer qu'à de longs intervalles, ou même disparaître complètement. D'autres fois, elles persistent avec les mêmes caractères atténués ; ou bien elles deviennent plus violentes et prennent une allure aiguë.

En étudiant attentivement tous ces faits, on arrive à conclure que, le plus souvent, on a une exagération d'un état qui a existé dès la première apparition de la colite. Il n'y a pas eu appendicite au début de l'affection, mais souvent, il y a eu, dès cette époque, un état appendiculaire, une sorte d'appendicisme prédisposant à l'appendicite vraie.

Le *diagnostic* présente souvent de grandes difficultés. La colite antérieure peut être méconnue au moment d'une première crise d'appendicite. Dans les cas où l'opération n'est pas urgente, on ne devra jamais négliger de la rechercher chez ces malades, surtout si l'on a affaire à des sujets névropathes et souffrant depuis quelque temps de troubles dyspeptiques.

Comment dépister l'appendicite survenant au cours de la colite? Nous avons vu que l'appendice était très souvent touché. On se basera sur deux symptômes très importants pour admettre une atteinte plus profonde : d'abord cet état nauséeux spécial, continu ou subcontinu, qui m'a toujours paru un signe de haute valeur; ensuite la localisation très précise du point de Mac Burney. M. Walther signale un caractère important du point douloureux appendiculaire : c'est qu'il persiste un certain temps, un quart d'heure parfois, après qu'on a déterminé son siège au lieu d'élection. Le toucher vaginal et le toucher rectal, recommandé par Poncet, de Lyon, donneront aussi d'utiles renseignements. Malgré tout, l'on est souvent embarrassé, et il faudrait passer en revue la pathologie abdominale tout entière pour éliminer toute cause d'erreur. Le diagnostic est particulièrement délicat entre l'appendicite et les affections annexielles du côté droit, entre l'appendicite et la cholécystite calculeuse. Le rein mobile, si fréquent dans la colite, contribuera souvent aussi à égarer le médecin ; on peut lui rapporter des symptômes douloureux et des vomissements qui sont sous la dépendance de l'appendicite. Le diagnostic est quelquefois presque impossible à faire au moment des crises d'entéralgie si fréquentes dans la colite. Celles-ci se jugent par une expulsion de muco-membranes qui termine la crise. Mais, dans quelques cas, au moment de cette crise, la fièvre, les vomissements, la douleur abdominale violente peuvent faire penser à une poussée aiguë d'appendicite. Dans la crise entéralgique, on trouvera plutôt du spasme intestinal que du ballonnement du ventre ; la douleur sera moins localisée ;

Digitized by Google

quand il existe des vomissements, l'appendice est le plus souvent atteint. Ainsi les vomissements se rapporteront plutôt à l'appendicite, le spasme intestinal à une crise d'entéralgie survenant au cours de la colite. Mais souvent le diagnostic est absolument impossible, et, plusieurs fois, je n'ai pu savoir si j'assistais à une crise d'entéralgie ou à une poussée d'appendicite.

Quelle conduite doit-on tenir, lorsque l'on constate une appendicite au cours de la colite muco-membraneuse ? Dans quelques cas, le chirurgien doit être mandé sur l'heure. Ces cas sont des plus rares. Exerçant depuis plusieurs années dans une station où la colite et l'appendicite se voient en grand nombre, je n'ai jamais eu l'occasion de recourir d'urgence à un chirurgien. Si l'appendicite est plus fréquente qu'on ne le croit généralement au cours de la colite, il faut bien se garder d'en conclure qu'on doive toujours débarrasser le sujet de son appendice. Le plus souvent, on a largement le temps de prendre une décision, et cela tient justement à ce qu'on a affaire à des formes chroniques. Dans le plus grand nombre des cas, le traitement médical suffit, et les symptômes appendiculaires s'amendent en même temps que la colite rétrocède. On devra donc, avant tout, instituer le traitement de l'entéro-colite, et on ne pensera à l'intervention que si, malgré des soins médicaux prolongés, les accidents persistent ou ont une tendance à s'aggraver. Les expériences de Beaussenat ont montré l'influence du traumatisme sur la production de l'appendicite. On évitera donc d'user, chez les malades atteints de colite muco-membraneuse, de procédés violents qui pourraient léser l'intestin. C'est ainsi que les lavages intestinaux devront être donnés avec une pression modérée, et que le massage, souvent très utile, devra être pratiqué avec la plus grande délicatesse et sous la surveillance constante du médecin.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Le P.-C.-N.

Ce fameux P.-C.-N., cet examen de sciences physiques, chimiques et naturelles, placé à l'entrée de la Médecine comme une sorte de citadelle qu'il convient de prendre d'assaut avant de pénétrer dans la place, ce P.-C.-N. abhorré et maudit des jeunes générations, a fait couler d'abondants flots d'encre Des esprits élevés se sont émus du temps qu'il faisait perdre, et de quelles notions inutiles il embarrassait le cerveau. A mon humble jugement, ces esprits avaient raison. A quoi peut servir à un médecin de savoir disséquer le système nerveux d'une écrevisse ? Et les équations algébriques, en quoi lui ouvrent-elles des aperçus féconds sur la médecine ? Au vrai, l'étudiant qui consacre une année à l'assimilation de pareilles connaissances, n'en retire aucun avantage. Les notions indispensables des sciences physiques et naturelles, il les a déjà acquises dans sa préparation à la seconde partie du baccalauréat. Et celles qui sont d'ordre plus spécialement médical, il y revient au cours de ses études. L'examen du P.-C.-N., tel qu'il est institué avec son programme actuel est inutile, ou fait double emploi

Et pourtant, le P.-C.-N. nous semble devoir être conservé. C'est une barrière, un obstacle au seuil de la Médecine. Il en faut un. Sans la présence d'une digue, le flot serait trop pressé. Trop d'incapables et de paresseux s'y mêleraient et feraient irruption. Gardons donc le P.-C. N. comme un barrage nécessaire. Seulement, organisons-le autrement. Allégeons son programme des hautes parties de la physique et de la chimie ; réduisons les heures de laboratoire. Et enseignons autre chose et qui serve davantage.

Ici, les propositions se succèdent. On pourrait transporter le P.-C.-N., de la Faculté des Sciences à la Faculté de Médecine, et tout en enseignant dans cette première année, la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales, y consacrer moins de temps et adjoindre l'enseignement immédiat d'une spécialité : l'ophtalmologie par exemple, à propos de l'étude zoologique de l'œil; des éléments de dermatologie à propos de l'étude de la peau ; des éléments d'otologie à propos de l'étude de l'oreille. C'est un arrangement. Un autre pourrait également trouver jour. Supprimer complètement les sciences physiques et naturelles du programme de la médecine, et les reporter, développées dans un sens médical dans le programme du baccalauréat de philosophie. Dans le temps, il existait bien un baccalauréat ès-sciences spécial pour les études médicales; c'était le baccalauréat restreint, dénomination mauvaise du reste, puisque le programme était tout aussi chargé que celui du baccalauréat complet, et que rien n'y était restreint, sinon le chiffre des élus. Les échecs au baccalauréat restreint dépassaient en nombre ceux du baccalauréat complet. Cet exemple du baccalauréat restreint serait repris. Dans la classe de philosophie, on instituerait un enseignement des sciences physiques et naturelles spécialement destiné aux futurs médecins. C'est une seconde solution et qui semble préférable à la première. Il resterait une année de médecine rendue vacante par la suppression du P.-C.-N.; on la remplirait par l'étude des spécialités.

Au risque de passer pour paradoxal, je risquerai une troisième proposition, je ne dirai pas supérieure à la seconde, mais qui tout au moins vaut la peine d'un examen. Qu'est-ce qui manque au médecin dans la vie ? Ce n'est pas, quand il est travailleur, la connaissance de son art. C'est la faculté d'observation. La plupart des hommes regardent sans voir. Les motifs à constatations se succé-

Digitized by Google

dent sous leurs yeux, ils ne les aperçoivent pas. Or, il faudrait apprendre à voir. C'est là, sans doute, affaire de fonctionnement cérébral et de tempérament. Quand même, et en dépit de la difficulté, pourrait-on organiser quelque chose dans ce sens et aider au développement des facultés d'observation dont nous portons le germe plus ou moins fécond en nous. On arriverait peut-être à pareil but, en attribuant une plus large importance aux études philosophiques. Celles ci stimulent en nous les qualités imaginatives et de réflexion. Ce sont celles qui sont le plus utiles au médecin. L'imagination lui apprend à deviner et à prévoir, la réflexion l'arrête sur les réalités nécessaires. Un médecin imaginatif à la fois et réfléchi a toutes chances de réussir dans la clientèle. Une bonne année d'études philosophiques lui ouvrira une carrière médicale plus brillante que toute l'habileté qu'il aura pu acquérir dans la dissection d'une écrevisse. Je demanderai, pour ma part, que le P.-C.-N. se passe à la fois : à la Faculté des Lettres, sur un programme de philosophie, et à la Faculté des Sciences où, le programme étant très réduit, seraient développées en manière d'excitants de la pensée, les grandes conceptions de la biologie générale. — Y. Z.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les eaux de Miers (Lot). — Miers a été appelé par le professeur Gubler : le Carlsbad français. Le Dr Godleski vient de montrer l'efficacité de ces eaux dans le nervosisme et la neurasthénie. Ces maladies reconnaissant souvent une origine toxique se trouvent très bien de l'emploi de ces eaux laveuses de l'estomac, de l'intestin, laveuses du sang, laveuses du système nerveux. Par elles les sécrétions gastro-intestinales sont activées et aussi la sécrétion urinaire. Elles entraînent l'acide urique du sang et augmentent la quantité d'urée. Pour ces raisons, les eaux de Miers conviennent également aux malades atteints de la toxémie alimentaire de Huchard. La dose de 4 à 8 verres à un quart d'heure d'intervalle sera absorbée à jeun. Le Dr Godleski a rendu service en faisant valoir les avantages de cette eau encore dépourvue de station réelle. Ce sont les maîtres d'hôtel d'un village situé à trois kilomètres qui indiquent aux buveurs le traitement à suivre (*Soc. méd. Paris*).

Le traitement du diabète et de l'albuminurie par la gélatine. — MM. Marc Laffont et André Lombard recommandent la gélatine à raison de 15 gr. par jour ; le remède peut être pris sous forme de gelée froide ; il est préférable de le faire ingérer avec du jambon, des viandes froides. Dans les diabètes bénins dont l'urine ne contient pas plus de 10 gr. de glucose par litre et qui n'arrivent pas au-delà de 2 litres par jour, la guérison serait de règle ? et s'observe en un temps variable de 10 à 15 jours. Quand le diabète est grave, la diminution de glucose est d'environ 10 gr. par litre. Même amélioration dans l'albuminurie ; le taux de l'albumine baisserait plus ou moins rapidement, suivant la gravité du cas. Le traitement sera continué après la disparition du symptôme, aussi bien dans l'albuminurie que dans le diabète. Les auteurs ont employé la même médication avec succès dans les hémorrhagies (*Progrès méd.*, 5 avril).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Un cas remarquable d'anévrysme de l'aorte datant de seize ans. Mort par rupture à l'extérieur. — Il s'agit d'un maçon qui, à l'âge de 44 ans, et souffrant depuis deux ans d'une toux incessante et de douleurs dans la région thoracique, entre en avril 1886 à l'hôpital Saint-Georges dans le service du Dr Wipham. Il présentait dès cette époque une tumeur assez volumineuse mesurant 0 m. 12, sur 0 m. 09, siège de battements expansifs accompagnés de thrill, toute la partie supérieure du sternum était détruite. On considéra son cas comme désespéré et on lui donna de l'iodure de potassium à petites doses. Le repos au lit pendant 8 mois et le traitement ioduré ayant amélioré son état, le malade sortit de l'hôpital en janvier 1887. Il put se livrer à un travail peu fatigant.

De 1887 à février 1901, le malade alla faire à peu près tous les ans un séjour de quelques mois à l'hôpital Saint-Georges, et put être suivi. A sa dernière admission, la tumeur visible dépassait la grosseur du poing avec trois expansions latérales. La peau très tendue et brillante. Entre la tumeur médiane et celle de gauche, il y avait une petite surface ulcérée où les pulsations étaient plus marquées et d'où suintait une petite quantité de sang.

La rupture à l'extérieur se fit soudainement le 8 avril 1901 et le malade mourut en dix minutes.

En plus de sa durée exceptionnelle (pendant 16 ans le malade fut observé), de sa rupture à l'extérieur qui est loin d'être fréquente, ce cas est intéressant en ce qu'on put constater de fréquentes et quelquefois rapides variations dans les dimensions de la tumeur, si bien, qu'à plusieurs reprises la mort sembla imminente, et enfin que le malade retira chaque fois le plus grand bénéfice d'un repos absolu et prolongé au lit, de la médication iodurée et de la diététique établie. — (Whipham. *British Méd. Journal*, nov. 1901).

Récidives du rhumatisme articulaire au cours d'une suppuration aiguë. — En 1876, Lasègue publia dans les *Archives de médecine* l'observation d'un homme atteint d'une plaie suppurante du talon avec lymphangite, qui fut pris d'un rhumatisme articulaire ; vingt ans auparavant ce malade avait eu une première attaque de rhumatisme. Lasègue exclut l'arthrite infectieuse, et admit un réveil tardif de la diathèse rhumatismale. J. Schnitzler (de Vienne) a observé trois cas calqués sur celui de Lasègue : les sujets avaient eu leur rhumatisme 15, 17 et 20 ans auparavant; sous l'influence d'une otite suppurée, d'un panaris, d'un abcès pelvien post-opératoire ces trois malades furent pris de douleur et d'enflure des mêmes articulations qui avaient été atteintes précédemment. Leur état général resta bon, la fièvre était à peine indiquée ou nulle ; bref, il ne put être question de pyémie même très atténuée. Schnitzler conclut donc avec Lasègue au réveil possible d'un ancien rhumatisme sous l'influence d'une suppuration localisée (*Wiener Klin. Rundschau*).

Ce petit travail est plein d'intérêt au moment où la recherche de la nature intime du rhumatisme est à l'ordre du jour, et où certains savants voudraient lui prendre son individualité pour en faire une manifestation septicémique ou pyémique (Singer). Evidemment les rhumatismes scarlatineux, blennorragiques, tuberculeux ne peuvent pas prétendre à une individualité propre, mais le rhumatisme articulaire aigu semble néanmoins devoir garder sa place dans le cadre nosologique. — Bd

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

La rougeole chez l'adulte. — La rougeole chez l'adulte n'est point rare. Soit qu'elle traduise une première atteinte du mal, soit qu'elle marque au contraire une récidive, toujours est-il que le praticien la rencontre assez fréquemment. M. le Pr Landouzy (Hôpital Laënnec) vient de faire une leçon clinique à ce sujet. Pour lui, les récidives de rougeoles et de rougeoles vraies sont loin d'être exceptionnelles: il les considère même comme plus communes que les récidives des autres fièvres éruptives. Une rougeole peut reparaître jusqu'à 2 ou 3 fois sur un même sujet. M. Landouzy traite en ce moment une jeune fille de 19 ans, elle est à sa 3e rougeole. La première l'avait atteinte à l'âge de 4 ans, le diagnostic avait été établi par M. Hardy ; la seconde l'avait surprise à 12 ans, M. Landouzy l'avait soignée ; aujourd'hui et à 7 années de distance, c'est la troisième récidive. Dans ces diverses reprises du mal, le diagnostic était hors de contestation. Il ne pouvait s'agir que d'une rougeole.

Ce n'est pas toutefois que le caractère de l'éruption permette de se prononcer en toute certitude. La ligne de démarcation entre les éruptions scarlatineuses et rougeoleuses n'est pas toujours tranchée, il existe des formes intermédiaires ; le clinicien reste perplexe et son hésitation dure plusieurs jours. Dans la pratique, pareilles difficultés cliniques ne laissent pas d'avoir leurs inconvénients. La famille inquiète demande une réponse ferme. Si le médecin ne la fournit pas, la famille s'impatiente. Survient-il une complication, l'entourage du malade en accusera volontiers nos tâtonnements des premiers jours. Telle une enfant atteinte de scarlatine et dont l'éruption fut retardée jusqu'au 5e jour : M. Landouzy demanda 48 heures pour se prononcer. Survint une aortite avec souffle à la base du cœur. La famille ne manqua pas d'attribuer la complication cardiaque à l'incertitude du diagnostic dans les premiers jours.

D'autres fois, au lieu de la scarlatine, c'est la variole que peut simuler l'éruption ; il est des rougeoles boutonneuses qui donnent parfois le change pendant quelques heures. Ainsi le malade qui fait l'objet de la leçon de M. Landouzy et qui était un jeune homme de 20 ans, cocher de sa profession, présentait, outre l'éruption rubéolique habituelle, un certain nombre de papules disséminées sur le dos et recouvertes en leur centre d'une petite vésicule, dont quelques-unes étaient ombiliquées.

Au vrai ce n'est pas sur l'aspect de l'éruption, mais sur l'allure de l'évolution, que se reconnaît la rougeole.

Le malaise, la fièvre, le catharrhe oculo-conjonctival, voilà toujours les grands signes.

En 1896, Koplik a décrit un nouveau signe du début : sur la muqueuse des joues, des lèvres, de la langue, l'apparition de petites taches d'un blanc bleuâtre, entourées d'une zone rouge; ces taches se montrant dès les 1er ou 2e jour des prodromes, permettraient de déceler la rougeole dès son origine. C'est là une assertion non justifiée par la clinique. Les taches de Koplik se remarquent dans d'autres affections, certaines stomatites par exemple, d'autres fois elles n'apparaissent qu'avec l'éruption. Leur présence tardive ne saurait donc permettre dans ce dernier cas de se prononcer comme il faudrait dès le début.

Il en est de même d'un autre signe dont M. Landouzy a parlé : un souffle systolique à la pointe du cœur dans la période prééruptive. Grâce à ce souffle, M. Landouzy a parfois pu prédire une rougeole les jours suivants ; mais rien de décisif ne saurait être affirmé à cet égard. Ce souffle manque souvent et existe aussi dans d'autres maladies.

L'hématoscopie donnera-t-elle des résultats moins aléatoires ? On a décrit dès le début de la rougeole un grand nombre de globules polynucléaires: ce sont les mononucléaires, au contraire, qu'on rencontrerait surtout dans la variole. Il sera donc sage de ne pas trop compter sur la valeur de ce signe, sujet à bien des variations.

Ce qu'il faudrait et ce qui assurerait le diagnostic le plus sûr, serait l'isolement de l'agent pathogène dans le sang et dès les premières heures du mal. Malheureusement on n'en est pas là. Pareille découverte qui seule permettrait le diagnostic hâtif aurait son importance; la rougeole étant surtout contagieuse dans la période prééruptive, d'avoir décelé sa nature dès les premières heures, cela permettrait, par l'isolement immédiat du malade, de prévenir la dissémination de la fièvre éruptive. Il serait fort heureux qu'on arrivât à réduire la fréquence des épidémies, car la rougeole est une maladie qui peut entraîner la mort ; elle provoque en ce moment (mars) 15 décès par semaine et prend ainsi le premier rang dans la mortalité après la tuberculose ; ce second rang était jadis occupé par la fièvre typhoïde ; depuis que l'infection éberthienne est combattue par les mesures d'hygiène, il tend à revenir à la rougeole.

Et dans ces décès par rougeole ne sont pas encore

Digitized by Google

comptés ceux qui suivent à plus longue échéance et sont dus à des tuberculoses qui viennent se greffer sur le terrain rougeoleux.

Qu'un enfant présente une tuberculose locale, du coup et avec l'aide de la fièvre éruptive, l'infection bacillaire se généralise. Les mieux armés même ne résistent pas toujours ; ils deviennent tuberculeux. C'est là une constatation qui a été faite il y a longtemps, et sur laquelle Willis insistait déjà voilà deux siècles.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la nature des épanchements fibrineux. — Le *Journal des Praticiens* hésite avant d'informer ses lecteurs. Il se renseigne, ne se presse pas, attend qu'une question soit mûre pour l'offrir. Trop occupé par ses malades, le praticien n'a pas loisir de renouveler tous les ans son éducation médicale. Les renseignements qu'on lui donne, il ne les demande pas hâtifs; il les veut solides et contrôlés, en sorte qu'une notion neuve et trop vite accueillie ne coure pas risque d'être renversée par la notion contraire qui se fera jour le lendemain. La direction imprimée aux investigations modernes commande surtout la réserve ; les recherches de laboratoire sont exposées à des démentis perpétuels. Les conditions d'expérimentation sont variables; pour exacts que soient les effets obtenus dans certaines conditions déterminées, cette exactitude, par la modification d'une de ces conditions, condition inconnue, et que la science n'a pas dévoilée, ou secondaire et qui, par sa valeur en apparence effacée, peut échapper à la perspicacité de l'opérateur, cette exactitude se trouve mise en question un beau matin et tout est à refaire. L'incertitude des résultats est attribuable aux procédés mêmes dont use l'expérimentateur ; pour opérer, il simplifie, isole un organe, le détache de ses rapports. C'est là une cause d'erreur continue. La vie est faite de l'ensemble des rapports biologiques; pour étudier la vie, l'expérimentateur commence par la fausser. Il la mutile en séparant l'organe ou la fonction qui l'intéressent des organes ou des fonctions voisines, lesquels sont rattachés à l'organe ou la fonction qu'il étudie par des liens qu'on ne saurait rompre.

Et voilà pourquoi la clinique est si supérieure au laboratoire. Elle prend les maladies comme elles se présentent, dans la totalité de leurs réactions vitales; elle n'isole pas, ne morcèle pas, ne provoque pas de dissonnances par la rupture des harmonies fonctionnelles. Un fait observé cliniquement est vrai ; il reste vrai d'une vérité lumineuse que toutes les découvertes ultérieures n'arriveront pas à éteindre. L'expérience de laboratoire, sujette au contraire à des remaniements, des perfectionnements incessants, ne jouit d'ordinaire que d'une clarté douteuse; pour que la grande lumière jaillisse, il faut chez l'expérimentateur le concours de deux facultés : la première d'analyse, toute patiente, méticuleuse et qui observe longuement ; la seconde de synthèse, réfléchie à la fois et imaginative, qui, si les fragments étaient disjoints par l'expérience, les réunit ensuite, les remet à leur place, et toutes choses étant rétablies dans leur ordre, discerne par une sorte d'intuition la signification précise de son expérience, ce qu'elle ouvre de jour sur les rouages de l'économie et les conséquences qu'elle comporte.

Cette seconde faculté d'imagination réfléchie et qui sait prévoir, est des plus rares. En avons-nous vu de ces prétendues vérités de laboratoire transportées dans la pratique ! Combien de temps durait leur période de vogue et d'éclat, chacun le sait ; trop souvent de pauvres malades ont payé de leur vie le transport inconsidéré de travaux théoriques et que n'animait pas un souffle ni assez mesuré ni assez large dans le domaine de la pratique médicale. Les travaux de M. Widal échappent à cette accusation. Exacts, ingénieux, inspirés par des considérations très hautes de pathologie générale, ils ont fait franchir des pas décisifs à la science. Les malades en ont bénéficié non dans le sens direct du traitement: ils n'ont pas été soulagés par des médications neuves; mais l'affection dont ils étaient atteints a pu être décelée dès les premières heures. Les hésitations du diagnostic du début leur ont été épargnées. En sorte que le mal étant connu dès son origine, le traitement à lui opposer a pu être institué avec rigueur tout de suite et comme il était nécessaire. De là, l'utilité du séro-diagnostic, de là celle du cyto-diagnostic, méthodes excellentes, confirmées, fécondes, et que le praticien doit connaître.

Le collaborateur de M. Widal dans cette œuvre a été M. Ravaut, et celui-ci a compris la gravité de sa tâche. De ci, de là, la notion perce dans le monde médical, d'observations, d'expériences truquées par le collaborateur en qui le Maître avait foi. Ce sont là des mœurs déplorables et qui réclameraient une fois pour toutes une sanction sévère : qu'on chassât impitoyablement du corps médical ceux dont la conscience légère autorise semblable méfaits. M. Ravaut a estimé qu'une probité sévère et intransigeante devait être le fondement primordial de tout effort. Depuis 18 mois, il s'est attelé à sa tâche, et aujourd'hui il nous en fournit, non pas l'exposé total, mais un côté spécial, celui qui touche à la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre (*Th. Paris*, 1902). L'origine de ses travaux remonte à une conception de son

Digitized by Google

maître. M. Widal s'était demandé si l'étude des divers leucocytes n'allait pas donner la clef des épanchements et liquides organiques: plèvre, liquide céphalo-rachidien, etc., et montrer des différences en rapport avec leur nature. Avec M. Ravaut il a vérifié cette hypothèse. Les résultats l'ont confirmée d'une manière éclatante. La formule histologique des pleurésies tuberculeuses n'est pas la même que celle des pleurésies d'une autre nature. Voilà un point définitivement acquis. La constatation histologique qui poursuit l'éclaircissement de pareilles données a reçu le nom d'examen cytologique, de cyto-diagnostic.

Pour cet examen, il faut environ 15 à 20 centimètres de liquide qu'on devra aussitôt défibriner et placer ensuite dans un appareil centrifugeur. Après quelques points secondaires de technique, sur lesquels nous passons, le liquide est ensuite déposé et étalé sur une série de lames, fixé et coloré par divers réactifs. Nous n'insistons pas sur ces détails qui n'intéressent pas le lecteur et nous arrivons au résultat.

Un mot préalablement sur les globules blancs du sang. On en distingue à l'état normal 3 espèces principales : 1° les lymphocytes qui sont les plus petits et les mononucléaires, plus gros, tous à noyau unique; 2° les polynucléaires, à noyau polylobé ; 3° les éosinophiles qui ressemblent par leur noyau aux polynucléaires. Ces cellules renferment dans leur protoplasma, de grosses granulations arrondies, se colorant vivement par les couleurs acides.

M. Ravaud étudie successivement les pleurésies tuberculeuses et non tuberculeuses.

Dans la pleuro-tuberculose primitive qui était jadis l'ancienne pleurésie a frigore, l'auteur n'a guère trouvé, pendant toute l'évolution du mal, que de petits lymphocytes très confluents mêlés à un nombre plus ou moins considérable de globules rouges. C'est cette lymphocytose qui frappe dès le premier coup d'œil et permet de porter presque aussitôt un diagnostic étiologique. 42 observations personnelles confirment cette assertion.

Le liquide des pleuro-tuberculoses secondaires c'est-à-dire des pleurésies séro-fibrineuses développées chez des tuberculeux évidents, ainsi que le liquide des hydro-pneumothorax tuberculeux, a une formule histologique différente quand la guérison traîne en longueur. Huit cas anciens ont montré à M. Ravaut des globules rouges en petit nombre, des lymphocytes altérés et surtout des polynucléaires vieillis et très déformés. Dans un cas où la guérison survint assez rapide, le liquide était presque uniquement lymphocytique, comme dans la pleuro-tuberculose primitive.

Les pleurésies non tuberculeuses se comportent autrement. Les pleurésies des brightiques et des cardiaques se caractérisent par des éléments tout différents : elles renferment des cellules endothéliales, ces dernières forment des placards résultant du groupement de 8 à 10 cellules desquamées en lambeaux. Leur présence suffit pour affirmer que l'épanchement n'est pas d'origine tuberculeuse. Qu'une congestion pulmonaire ou un infarctus viennent compliquer la pleurésie des brightiques ou des cardiaques, un nouvel élément se surajoute aux placards endothéliaux : le polynucléaire.

Les pleurésies septiques revêtent de nouveaux caractères ; ce ne sont plus des lymphocytes comme dans les pleurésies tuberculeuses, mais des polynucléaires qui se montrent. Ainsi, les pleurésies pneumococciques qui renferment beaucoup de polynucléaires neutrophiles ; ainsi encore les pleurésies typhoïdiques. Celles-ci, hémorrhagiques ou séreuses, montrent à la fois des polynucléaires, des lymphocytes et surtout de grandes cellules endothéliales. La formule rappelle celles des pleurésies accompagnant les congestions pulmonaires ; elle diffère complètement de celle des pleurésies tuberculeuses.

M. Ravaud a étudié 112 cas de pleurésie séro-fibrineuse ; 4 d'entre elles ne rentraient dans aucun des cadres précédents. Dans les pleurésies consécutives à la syphilis, à la fièvre typhoïde, à la tuberculose et dans un cas de pleurésie cloisonnée, l'auteur a retrouvé un nombre considérable de polynucléaires éosinophiles, sans qu'il lui ait été possible de préciser la signification de ces éléments, en général assez rares.

Quant aux lymphocytes et aux polynucléaires, leur présence traduit des degrés d'irritation différents; de ce qu'on rencontre les lymphocytes surtout dans la pleuro-tuberculose, il ne convient pas d'en faire un élément caractéristique de la tuberculose ; leur présence signifie simplement irritation subaiguë de la séreuse. Le polynucléaire, lui, répond, à l'irritation aiguë. Le degré d'inflammation provoqué par le bacille de Koch est relativement peu intense, comparé à celui que déterminent d'autres micro organismes, le pneumocoque, par exemple. Que l'inflammation pleurale soit réduite au minimum, ce sont des cellules endothéliales qui apparaissent.

Cette étude de M. Ravaut mérite qu'on s'y soit arrêté. Pour absorbé qu'il soit par les besoins de sa profession, le praticien n'a pas à se désintéresser complètement du mouvement scientifique. Quand une notion importante se fait jour et qu'elle est dûment vérifiée, il importe qu'il en soit averti dans ses lignes essentielles:

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le permanganate de potasse dans l'empoisonnement aigu par la morphine. — Le permanganate de potasse, comme antidote de la morphine et de l'opium a été préconisé dès 1877 par Barker Smith. En 1894, W. Moor confirma par ses expériences celles de Barker Smith. Le permanganate précipite la morphine *in vitro*. Par son grand pouvoir oxydant ce sel réduit et transforme la morphine en oxydo-morphine qui est inoffensive.

On peut administrer le permanganate par la bouche ou en injections hypodermiques, cette dernière méthode plus rapidement efficace est recommandée.

Par la bouche, W. Moor conseille d'administrer 0 gr. 50 à 1 gramme de permanganate dissous dans 200 grammes d'eau et de répéter cette dose trois ou quatre fois de suite de demi-heure en demi-heure. En injection sous-cutanée on peut injecter jusqu'à 8 à 10 cc. d'une solution à 4 ou 5 pour 100. Weber (*in Medical Record*, octobre 1901), cite un cas d'empoisonnement suraigu, avec arrêt de la respiration, pouls filiforme traité avec un plein succès en injectant un peu plus d'un centigramme de permanganate toutes les 10 minutes jusqu'à concurrence de 10 centigrammes. Aucune suite fâcheuse locale ou générale ne fut observée.

Un procédé facilitant l'introduction du tube pour le lavage de l'estomac. — On sait toutes les difficultés, rarement insurmontables, mais très souvent pénibles pour le malade, que l'on peut avoir à introduire le tube de Faucher ou de Debove. La cocaïnisation du pharynx est souvent insuffisante et étant donnée la susceptibilité particulière de certaines personnes au médicament, quelquefois dangereux. Voici un procédé imaginé par Crenshaw (médical Record) et qui rendrait le cathétérisme plus facile. L'extrémité du tube est congelée au moyen du chlorure d'éthyle sur une longueur de 4 à 5 centimètres. On peut se servir d'autres substances pour obtenir cette congélation, mais le chlorure d'éthyle donne les meilleurs et plus prompts résultats. Sous l'action du froid intense le caoutchouc n'acquiert pas une rigidité qui ne serait pas sans danger. De cette façon le froid s'applique exactement au point où l'anesthésie est nécessaire et toute excitabilité disparaît. Ce procédé qui aurait donné entre les mains de Creushow les meilleurs résultats ne doit cependant être employé que pendant le temps nécessaire pour habituer le malade à l'introduction du tube.

Injections sous-cutanées dans l'occlusion intestinale. — La formule qui figure dans le dernier numéro (3 mai) du *Journal des Praticiens* doit être lue de la façon suivante :

Sulfate neutre d'atropine....	0 gr. 01
Eau distillée	} aa 10 grammes
Eau de laurier cerise.....	

1 centimètre cube représente 1/2 milligramme de sulfate d'atropine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Un cas de chordoma. (*Ecchondrosis physalifora sphenooccipitalis*, de Virchow. — Il s'agit d'une tumeur d'une nature très rare dont Virchow a décrit le premier cas connu.

M. le Dr Ettore Gruner (R. Accademia di medicina di Torino, 12 juillet 1901), vient d'en rencontrer un nouveau, sur le cadavre d'une femme de 56 ans.

C'est au niveau de la face inférieure et à la partie médiane du pont de Varole au-dessous, de la bifurcation de l'artère basilaire qu'était appendu le néoplasme.

Macroscopiquement la tumeur apparaît sous l'aspect d'une plaque blanchâtre, arrondie, de consistance de fibrocartilage ramolli, de la grosseur d'une noisette, adhérente aux méninges d'un côté, à la face supérieure de l'apophyse basilaire de l'autre.

Microscopiquement, la partie adhérente à l'os offre des trabécules osseux, qui limitent des espaces médullaires d'aspect normal ; au dessus, une couche de cartilage à cellules variées de forme et de grosseur avec et plus souvent sans capsules, dans une substance fondamentale hyaline. Quelques formes fœtales

La partie molle est formée d'un tissu aréolaire, de grandes cellules à protoplasme rare et peu colorable, à plus ou moins gros noyaux avec nucléoles bien colorables, vacuoles parfois considérables.

Entre la coupe de la tumeur et une préparation d'une coupe de corde dorsale d'embryon de poulet, l'analogie est grande. C'est qu'en effet le néoplasme est constitué par un reste de cette formation embryonnaire. — H. G.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sur un cas de fièvre pernicieuse ayant simulé la fièvre malarique à type quotidien. — M. Vaillard. Vers la fin de décembre 1900, j'étais prié de donner des conseils à une dame atteinte de fièvre palustre particulièrement rebelle. Cette fièvre intermittente, de type quotidien et

Digitized by Google

même biquotidien, résistait depuis plus d'un mois à un traitement régulier par la quinine à hautes doses, et s'exagérait même sous l'influence de la médication. La durée des accès variait de 2 à 5 heures. La température axillaire pendant le stade de chaleur s'élevait de 38,5 à 39 degrés et quelques dixièmes. La quinine administrée à la dose de 1 gramme ne produisait aucun effet; les accès fébriles se multipliaient au cours de la journée, devenaient biquotidiens et même triquotidiens. La malade avait habité des pays de malaria : la Corse et une localité marécageuse du Midi. Ces renseignements suffisaient à faire admettre l'existence d'une malaria; cependant, la malade conservait bonne mine, n'était pas anémique; la rate n'était pas augmentée de volume; les urines étaient normales. Seul le système nerveux accusait quelques troubles; irritation anormale alternant avec des phases de dépression mélancolique, émotivité inusitée, craintes imaginaires devenant parfois de véritables phobies, sensations bizarres du goût et de l'odorat, insomnie tenace avec agitation nocturne et sueurs profuses. Pas de stigmates d'hystérie. Dans le sang, absence complète du parasite malarique. Certain de l'origine purement nerveuse de ces troubles, et spéculant sur l'extrême inquiétude avec laquelle la malade attendait les résultats de l'examen de son sang, j'annonçai gravement que ce dernier était rempli de parasites malariques d'une espèce spéciale, très facile à détruire par un mode particulier, mais un peu douloureux, de la quinine en injections sous cutanées. Cette invasion de son sang par des microbes fut pour la malade une révélation accablante; épouvantée, elle me suppliait de recourir sans retard au traitement qui devait la guérir promptement. Je promis la guérison en 10 ou 12 jours et, dès le lendemain, avant le début de l'accès et avec une mise en scène de circonstance, j'injecte sous la peau une quantité insignifiante de quinine (5 milligr.). L'injection parut très douloureuse, mais devint efficace. L'accès fut retardé, de très faible intensité et de courte durée. Même injection le jour suivant : l'accès prévu est supprimé et aussi celui du lendemain.

La malade se sent déjà guérie et ne sait comment exprimer sa reconnaissance. J'affirme qu'il s'agit là d'un simple espacement des accès précurseur de leur disparition prochaine. Une prise de sang est faite pour un semblant d'examen, après lequel j'annonce que les microbes sont devenus d'une grande rareté, mais persistent encore, d'où la probabilité d'accès prochains et l'obligation de poursuivre des injections de quinine. En effet, après 3 jours d'apyrexie, un accès violent se produit et la température monte à 39°,5.

Pendant les 3 jours suivants, je fais régulièrement, aux mêmes heures, une injection d'eau bouillie qui, à l'insu de la malade, était substituée à la solution de quinine. Il en résulte une apyrexie complète pendant plus d'une semaine. je pratique un nouvel examen du sang et affirme la disparition radicale des parasites malariques. La guérison resta définitive.

La malade avait été vivement impressionnée en Corse par le spectacle des malariques fébricitants et les caractères des accès fébriles s'étaient fortement gravés dans son esprit. Elle connaissait le rôle des moustiques dans la transmission de l'hématozoaire. Comme elle avait été piquée par eux, elle fut prise d'une inquiétude obsédante, fut convaincue qu'elle allait avoir la fièvre. Le système nerveux obéit à cette suggestion vive et prolongée. Une fièvre nerveuse se montra calquée sur les accès périodiques du paludisme.

Gros rein polykystique chez l'adulte. — M. P. Ménétrier et M. Ch. Auburtin. Le diagnostic de cette maladie rare est possible. Les reins transformés en masses volumineuses, bosselées, rénitentes sont perceptibles à la palpation. En même temps apparaissent les signes généraux et fonctionnels d'une néphrite chronique, albuminurie, œdème, hypertrophie cardiaque, et plus tard accidents urémiques, associés comme phénomènes locaux à des douleurs particulièrement intenses dans les régions des flancs et des lombes.

Ascite lactescente. Cancer du côlon et cancer secondaire du foie atteint de cirrhose alcoolique hypertrophique. — MM. Ch. Achard et Ch. Laubry. Le liquide ascitique renfermait de la graisse; ce fait s'explique aisément, car la présence des néoformations cancéreuses sur le péritoine, entraîne la chute dans la cavité séreuse de nombreux éléments en voie de dégénérescence graisseuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'angle colique gauche siège de l'occlusion intestinale. — L'observation de M. Terrier (voir numéro précédent du journal) est suivie de deux nouvelles communications sur le même sujet. M. Legueu expose l'histoire d'une femme qui fut opérée d'un kyste de l'ovaire remontant au-dessus de l'ombilic, et chez qui se manifestèrent consécutivement des symptômes très nets d'occlusion intestinale, qui entraînèrent la mort. Une intervention secondaire avait été pratiquée au cours de laquelle on trouva un côlon transverse distendu, un côlon descendant vide et affaissé, une bride paraissant étrangler l'angle colique gauche. L'autopsie montra que cette bride, probablement congénitale, ne faisait obstacle que lorsqu'on exerçait une traction sur sa partie inférieure. M. Legueu pense que la chute brusque du côlon provoquée par la suppression d'un assez gros kyste de l'ovaire, avait été la cause de la distension de la bride et de la constriction du côlon à cet endroit

M. P. Reynier rappelle, qu'en 1900, dans un travail paru à la Société de médecine et de chirurgie pratique, il a étudié le point douloureux colique gauche, correspondant dans l'hypochondre gauche à la 7e et à la 8e côtes, apparaissant d'une façon intermittente, surtout vers la fin de la journée, s'accompagnant de ballonnement du ventre, diminuant à l'émission des gaz, se produisant chez des ptosi-

Digitized by Google

ques à sangle musculaire abdominale insuffisante. Cette notion de la coudure comporte une indication thérapeutique nette : Il faut faciliter les évacuations alvines, favoriser la tonicité musculaire de l'intestin par du massage et conseiller le port d'une ceinture abdominale qui soutient la masse de viscères.

Technique de la cure radicale de l'épithélioma lingual. — Le procédé type présenté par M. Poirier, est basé sur l'anatomie qui nous apprend le siège des ganglions lymphatiques dont la langue est tributaire Dans ses grandes lignes il comprend les temps suivants : Ablation des ganglions de la bifurcation carotidienne, ligature de la linguale et de la faciale, quelquefois même de la carotide externe; ablation de la glande sous-maxillaire et des constants ganglions situés en avant d'elle, puis des ganglions sus-hyoïdiens situés au niveau du triangle dc la linguale; même opération de l'autre côté; ablation large de la tumeur linguale par le procédé de Whithead. Ce procédé large satisfait les interventionnistes et laisse indifférents ceux qui, avec Terrier, pensent qu'au point de vue de l'épithélioma lingual on passe par trois phases successives dans le cours de la vie chirurgicale : la phase où l'on opère tous les cancers, la phase où l'on opère les cas choisis, la phase où l'on n'opère plus ou presque plus.

Fracture du 3e métatarsien des deux pieds, due à la marche forcée. — M. Toubert présente un soldat qui, à la suite d'une marche forcée (22 heures de marche en montagne avec un peu de repos), éprouva dans son pied gauche des douleurs qui nécessitèrent une interruption de service pendant plusieurs jours. Depuis cette époque il éprouve des douleurs persistantes. L'examen clinique révèle tuméfaction légère et douleur provoquée à la partie moyenne du 3e métatarsien. La radiographie montre l'existence d'un col de fracture.

Arthrite chronique à staphylocoques. — M. Walther présente un garçon de 16 ans qui se plaignait de douleur intermittente, dans le genou gauche, depuis 4 ans, et de tuméfaction depuis 2 ans. En octobre 1901, on constate : épanchement modéré, augmentation légère de l'extrémité inférieure du fémur due surtout à une infiltration péri-osseuse, douleur très vive sur l'interligne sans points osseux nets, épaississement de la synoviale sans fongosités, pas de mouvements de latéralité, ganglions inguinaux et iliaques un peu hypertrophiés. Malgré ces symptômes que beaucoup de personnes considèrent comme symptomatiques d'arthrite tuberculeuse, Walther jugea l'affection non tuberculeuse. L'articulation fut ouverte (liquide séro-purulent trouble), nettoyée, la synoviale largement réséquée. L'examen bactériologique du pus donna du staphylocoque pur; pas de bacilles de Koch, inoculation au cobaye négative. Malgré la désinfection de la peau, apparurent les jours qui suivirent l'opération, plusieurs poussées de furoncles, traduisant nettement l'inoculation par le staphylocoque. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de Médecine (*6 mai*). — M. Le Dentu revient sur la question de l'anesthésie chez les cardiaques. Il reste ferme dans ses conclusions et partage l'opinion de MM. les Prs Poncet et Renaut (de Lyon). L'éther vaut infiniment mieux que le chloroforme; les cardiaques comme il vient encore de le vérifier dans un cas récent, supportent l'éther très aisément.

— Une élection a eu lieu dans la section des associés libres. M. Kermorgant a été élu par 73 voix sur 82 votants. M. Capitan a obtenu 2 voix et M. Leudet, 7 voix.

— M. Guyon a présenté un travail sur le tabac et l'un de ses inconvénients majeurs. Il prédispose à l'impuissance. Les facultés génésiques disparaissent avec l'abus du tabac et la vigueur reprend, une fois l'habitude disparue.

Ouverture du cours de M. Alex. Renault. — Mercredi, 30 avril, à l'Hôpital Ricord, M. Alex. Renault a commencé son cours sur les maladies vénériennes. Il a traité du chancre syphilitique et de la chancrelle. Les applaudissements de l'auditoire très nombreux qui se pressait sur les bancs, ont montré que la parole du maître avait été appréciée dans les qualités très réelles de méthode, d'ordre, de clarté, de sens pratique par quoi elle se signale. Les moulages en cire des affections chancreuses étaient représentés par des modèles d'une exécution admirable; celles-ci ont partie de ce musée de l'hôpital Ricord, si complet à la fois et si parlant à l'œil, que M. Renault a pour sa part enrichi de tant de pièces nouvelles. Ajoutons, pour rester dans le vrai, que cette dénomination d'Hôpital Ricord n'est plus juste à cette heure : cela s'appelle l'Hôpital Cochin, et est devenu une annexe de ce dernier. Le nom du grand spécialiste attaché à un bâtiment de l'Assistance publique était d'une éloquence trop suggestive; bien des gens craignaient d'en franchir le seuil, la nature de leur maladie se trouvant répandue et affichée, du fait de leur entrée à l'hôpital Ricord. Les chambres payantes, en particulier, restaient vides de pensionnaires. Grâce au changement de vocable, la pudeur des intéressés ne sera plus compromise. L'hôpital Cochin reçoit les maladies générales. Les vénériens seront noyés dans le nombre. Cette nouvelle mesure satisfait le besoin de modestie inhérent à tous ceux que l'amour maltraita.

BIBLIOGRAPHIE

« Traité de Médecine » de Bonchard et Brissaud (2e édit.). **T. V., Maladies du foie, des reins, des organes hématopoiétiques et des glandes vasculaires sanguines.** — Le cinquième volume du *Traité de Médecine* renferme trois étude de premier ordre. M. le Dr Chauffard nous initie aux maladies du foie, dont les recherches originales de l'auteur ont éclairé si heureusement nombre dc points obscurs. M. Brault étudie les

Digitized by Google

maladies des reins. M. Roger décrit la pathologie de la moelle osseuse, de la rate, du thymus, de la glande thyroïde. Soit, trois articles dont chacun constitue un volume : ils ont été confiés à la plume d'auteurs particulièrement compétents, dont chacun s'est créé un nom envié dans la science par la valeur de ses recherches, celles-ci étant tournées spécialement dans le sens du sujet traité par lui, au cours de ce cinquième volume du *Traité de Médecine*.

Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical, par le Dr Robert S. Kolbe, Pr suppléant à la Faculté de Médecine de Buenos-Ayres. (1 vol. in-8° de 260 pages avec figures. Broché, 4 fr. 50, cartonné, 5 francs. Octave Doin, éditeur).

CORRESPONDANCE

29 avril 1902. — Monsieur le Rédacteur. Permettez-moi de signaler la présence, dans le *Journal des Praticiens* du 26 avril (page 267), d'une erreur de nomenclature qui tend à se généraliser.

Ce que MM. Chauffard et Gouraud appellent « réaction d'*Haycraft* » devrait être « réaction de *Hay* », le professeur Mathieu Hay d'Aberdeen l'ayant décrit pour la première fois en 1886, dans la 2e édition de la *Physiologie* de Landois et Sterlin.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur, agréer l'expression de ma considération distinguée. — F.-L. Brown.

THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE

La Mouillère (Salies-de-Comté) et les chlorurées sodiques françaises.

Fondée en 1892, aux portes de Besançon, dans l'un des sites les plus pittoresques de cette ravissante vallée du Doubs, que Charles Nodier se plaisait à appeler la « *préface de la Suisse* », la jeune station saline de La Mouillère n'a pas tardé à justifier son surnom de *Salies-de-Comté*, et à conquérir dans la faveur du corps médical et du public, l'un des tous premiers rangs parmi les eaux minérales similaires de la France et de l'Etranger.

L'Etranger, dans la circonstance, est représenté à peu près exclusivement par l'Allemagne ; à entendre nos bons voisins d'outre Rhin, il semblerait qu'ils aient le monopole de cette médication thermale saline dont la puissance curative s'est dès longtemps affirmée dans les aphorismes connus : *in sale salus*, et encore, *in sale et in soole* (l'eau servant à la préparation de l'eau-mère), *omnia constant*. Avec une fierté quelque peu arrogante, ils déroulent l'interminable liste de leurs cent et quelques sources salines, s'imaginant qu'en thérapeutique la quantité peut remplacer ou compenser la qualité, et alors que, parmi toutes leurs eaux salines, il n'en est pas une qui puisse entrer « je ne dis pas en rivalité, mais en comparaison avec « Salies, Dax, Briscoux, La Mouillère » (Professeur Lamarque, de Bordeaux).

Tandis, en effet, que les eaux chlorurées allemandes dosent à peine 18, 20, 24 à 30 grammes (par litre) de chlorure et ne contiennent que des traces de bromure (quand elles en contiennent), La Mouillère renferme, par litre, jusqu'à 291 grammes de chlorure, dont 283 de chlorure de sodium, et 0 gr. 108 de bromure de potassium, unissant ainsi, par la plus heureuse des combinaisons, l'énorme *chloruration* de Salies à la *bromuration* si précieuse de Salins.

Mais ses succès, La Mouillère ne les doit pas seulement à la richesse, à l'admirable pondération des éléments minéralisateurs de ses eaux salines naturelles et de ses eaux-mères ; elle les doit aussi à la large et parfaite organisation de ses services thermo-balnéaires, comme aussi des services de ses multiples médications adjuvantes, corroborantes : hydrothérapie très complète, à l'eau douce et à l'eau salée, sudothérapie, massage hygiénique et médical, électrothérapie, gymnastique médicale et orthopédique, radiothérapie (radioscopie et radiographie), etc., qui en font un véritable *centre sanitaire*, ne redoutant aucune comparaison avec les plus réputés de l'Allemagne.

Elle les doit à son altitude montagneuse, à la beauté de ses sites, à la multiplicité et à la commodité de ses voies d'accès, aux ressources du voisinage d'une grande et belle ville, aux distractions mondaines et artistiques de son Casino — de telle sorte que, selon les goûts du baigneur et les indications de sa maladie, celui-ci peut à volonté jouir de la vie sédative, de villégiature de famille et de complet repos, ou bien de la vie mondaine et animée telle qu'on la trouve dans nos grandes stations à la mode.

Dix années d'expérience ont consacré l'efficacité des eaux de La Mouillère, comparable en tous points à celle des eaux si réputées de Salies : lymphatisme, scrofulo, — tuberculose, anémies et chloro-anémies, débilités, épuisements, paralysies infantiles ou toxiques, affections chirurgicales anciennes, maladies des femmes, fibromes et fibro-myômes en particulier y trouvent la guérison souvent, une amélioration notable et rapide toujours.

La Mouillère est à 6 heures de Paris, à 5 heures de Lyon, à 2 heures de l'Alsace et de la Suisse. — Dr Blandin.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES CLARÉRE, 157, RUE SAINT-ROCH.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'appendicite

Par le Dr Just Lucas-Championnière
Membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu

L'appendicite est une maladie neuve. Pour expliquer sa fréquence de nos jours, on a beau invoquer ce fait que l'attention étant dirigée vers elle, il n'est pas de cas qui échappe et que tous sont enregistrés. L'argument n'est pas valable. Quand une maladie existe de tout temps et qu'elle n'est que plus tard ramassée et fixée dans un cadre nosologique ferme, on la trouve au cours de l'histoire répandue sous un grand nombre de rubriques diverses. La fièvre typhoïde était jadis la fièvre muqueuse, la fièvre gastrique, la fièvre cérébrale ; toutes ces dénominations ne se rapportaient qu'à une seule maladie : la fièvre typhoïde. En est-il de même de l'appendicite ? Quels sont les vocables dont on la baptisait jadis ? Nous n'en trouvons pas ou plutôt ceux que nous trouvons se rapportent à d'autres affections qui ont continué d'avoir cours, une fois l'appendicite isolée, et pourquoi ont-elles continué d'avoir cours ? Parce qu'elles n'étaient pas de l'appendicite. C'est ainsi qu'on décrivait la typhlite et la périthyphlite, les abcès de la fosse iliaque, les coliques de miserere. Mais ces affections, en dehors de l'appendicite, continuent de posséder une existence réelle ; elles sont assez rares, voilà tout, et ce qu'on peut dire, c'est que jadis un bon nombre d'appendicites ont pu être englobées sous la rubrique des périthyphlites ; mais le miserere qui est l'occlusion intestinale demeure toujours une affection fidèle à ses anciens cadres et les abcès de la fosse iliaque réclament toujours notre intervention. Depuis que l'appendicite a fait son entrée dans le monde, ils sont seulement devenus bien plus fréquents, ce qui nous donne la véritable preuve statistique de la fréquence plus grande de l'appendicite.

Et ce n'est pas seulement l'appendicite qui s'est révélée à nous comme une maladie d'une vulgarité extraordinaire. Loewenberg, pour une maladie d'un tout autre ordre, a fait une constatation analogue. Les suppurations de la caisse du tympan ont également augmenté de nombre dans des proportions frappantes. L'épidémie de grippe de 1889 a donné naissance à cette surproduction de suppurations otiques, c'est-à-dire d'une inflammation locale suite de la grippe.

Il en est de même de l'appendicite que deux causes ont contribué à déterminer : 1° les excès de régime carné tels que les nations qui se nourrissent de beaucoup de viandes, paient un tribut énorme à la maladie. Ainsi les Américains présentent l'appendicite sur un tiers de la population. A cet abus de nourriture animale, on joindra la désuétude où est tombé l'usage des purgatifs. Ces causes créent le terrain. Le germe infectieux lui-même a été apporté à la suite des épidémies de grippe qui sévissent depuis 1889. Toutes les maladies abdominales se sont multipliées depuis cette époque, en sorte qu'il en est même résulté une conséquence de prospérité pour certaines stations minérales. Les eaux de Plombières et de Châtel-Guyon qui sont indiquées dans les affections abdominales, comptent un bien plus grand nombre de visiteurs.

Voilà donc le premier fait : la fréquence de l'appendicite. Il en est un second : l'importance physiologique de l'appendice.

A quoi sert l'appendice ? A rien, disaient encore hier les classiques. La glande thyroïde et les amygdales ne servaient non plus de rien ; quand on ignore les fonctions d'un organe, on déclare que ces fonctions sont nulles. Le problème est ainsi tout de suite tranché. Les anatomistes nous apprennent que l'appendice est une façon d'organe embryonnaire devenu inutile et que la suite des temps appelle à disparaître. C'est une explication qui offre au moins l'avantage d'avoir quelques semblants de raison. Mais je n'y souscrirai pas. Et voici pourquoi :

De par sa constitution histologique, l'appendice est un organe à part, différent de tout l'intestin. C'est avant tout un organe lymphoïde, une sorte d'amygdale intestinale, si l'on veut. Or, de même que l'amygdale à l'entrée du tube digestif se présente comme une glande dont les fonctions sont de s'opposer à l'infection, l'appendice dans l'intestin joue peut-être un rôle analogue. Seulement il arrive que la lutte dépasse la résistance. L'infection force le barrage que lui oppose l'amygdale ou l'appendice. Une amygdalite, une appendicite éclatent. Des accidents infectieux graves surgissent avec une lésion locale insignifiante. L'amygdale est légèrement tuméfiée, le péritoine péri-appendiculaire est sain. Je passe sur les lésions aiguës (tuméfaction, oblitération du canal, etc.).

L'inflammation chronique se révèle par des lésions souvent étendues : adhérences, brides fibreuses qui exercent des tiraillements, soudent et pelotonnent les anses intestinales tout autour de l'appendice, abcès péri-appendiculaires, abcès à distance, abcès ovariens, ces derniers très importants, de par leur origine qui n'est plus utérine, mais appendiculaire.

Les symptômes de l'appendice sont loin de présenter une valeur égale. Moris, de Philadelphie, distingue les symptômes vrais et les faux, autrement dit les symptômes importants et les secondaires.

Digitized by Google

Parmi les premiers, nous rangerons tout d'abord le vomissement. Méfions-nous des malades qui vomissent sans raison, sans écarts de régime préalables, sans fièvre. C'est souvent là le premier signe.

La température en constitue un autre. Tantôt une fièvre très vive s'élève comme dans l'amygdalite et tombe le lendemain ; mais de même que le mal de gorge persiste, la fièvre disparue, la douleur appendiculaire dépasse la durée fébrile. Ne croyons pas un malade hors de danger parce que sa fièvre est tombée.

Parlerons-nous de la douleur ? Elle peut être très passagère et variable de siège. On ne la retrouve plus quand on la cherche, ou bien elle a changé de place et se porte ailleurs, au creux épigastrique, par exemple.

Le pouls est d'un excellent signe diagnostique et pronostique et bien moins trompeur que la fièvre. Rapide avec élévation concomitante de la température, il signifie infection appendiculaire, mais rapide avec abaissement de la température, il annonce des complications locales graves.

La défense musculaire, l'hyperesthésie ne comptent que comme symptômes très secondaires. La défense musculaire se rencontre dans d'autres maladies abdominales (rein mobile), l'hypéresthésie au-dessus du ligament de Fallope manque souvent.

Le diagnostic est donc assez souvent difficile et cette obscurité comporte de grands inconvénients, car dès que le diagnostic est posé d'une façon ferme, il faut opérer. Il n'y a pas d'autre remède.

J'avoue qu'au début je n'étais pas si catégorique. J'apportais quelques hésitations dans mon intervention que je reculais souvent. J'avais tort, l'expérience me l'a appris depuis. Une opération d'appendicite ne se doit pas remettre. Le retard dans l'intervention ne s'excuse qu'autant que le diagnostic n'est pas établi. On a confondu l'appendicite avec la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rein mobile, une ovarite. L'entéro-colite douloureuse peut également prêter à méprise. Le diagnostic se pose surtout d'après les caractères du pouls meilleur dans l'entéro-colite et la diffusion plus vague de la douleur. Ce sont là signes de valeur douteuse. Parfois aucun d'eux n'éclaire le clinicien et celui-ci est tenu d'attendre.

Dès que l'appendicite est hors de doute, il faut prendre le bistouri. Les chirurgiens d'enfants sont d'avis de temporiser. Brun, Jalaguier, Broca ne montrent pas d'empressement à intervenir. Ils ont eu des accidents qu'ils attribuent à l'opération. C'est possible. Chez les enfants, l'extension d'une inflammation s'opère avec plus de rapidité, les accidents post-opératoires peuvent être plus fréquents.

Ce que je sais, c'est qu'il n'en est pas de même des adultes. J'ai opéré des adultes à toutes les périodes et en pleine acuité du mal. Je n'ai pas eu à me repentir de ma conduite. Le traitement médical ne convient guère qu'aux pseudo-appendicites et par celles-ci j'entends surtout l'entéro-colite douloureuse. De la glace sur le ventre, un lavement dans les premières heures pareront aux premières indications. Le lendemain on donnera un purgatif léger (huile de ricin, 30 grammes).

On s'abstiendra de calomel qui, dans l'occurrence et chaque fois qu'il s'agit de déboucher un intestin, devient un déplorable remède. Ceci fait, on aura la consolation de penser qu'on n'a pas nui à son malade. Le praticien, s'il donne de l'opium, ne pourra en dire autant. L'opium est très dangereux. Chez l'enfant comme chez l'adulte, il doit être proscrit, car il augmente la constipation, masque les phénomènes réactionnels qui tracent la conduite du praticien, donne une sécurité trompeuse, affaiblit la vitalité des tissus. Opérez une appendicite qui vient d'être traitée par l'opium, une parésie intestinale peut se montrer qui augmentera singulièrement les risques opératoires.

Croire qu'avec l'opium on immobilise absolument l'intestin, c'est une assertion bien hasardée. L'opium ne produit pas semblables effets et si l'on s'imagine qu'il va empêcher la péritonite, c'est là une illusion qui n'a que ce tort : de ne s'être jamais traduite par une réalité. En revanche l'opium gêne le fonctionnement de cet intestin.

Si le malade souffre trop et que rien ne soit prêt pour l'opération, calmez plutôt par une simple injection de morphine. Usez d'une faible dose, juste de quoi soulager. L'injection de morphine offre cet avantage de ne pas accumuler le remède dans l'intestin et si elle masque les symptômes, de ne les dissimuler que pour 2 ou 3 heures. En cas d'urgence, c'est à elle qu'on aura recours. Ce ne sera, faut-il encore l'ajouter, qu'un expédient. Dans l'appendicite vraie, aussitôt que le diagnostic sera établi, ce n'est pas le médecin, c'est le chirurgien qui s'impose.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Considérations pratiques sur un cas fruste de goître exophtalmique simulant la tuberculose pulmonaire

par A. Pégurier (de Nice)

Il est peu d'affections dont la symptomatologie soit aussi riche et aussi parfaitement connue que celle de la maladie de Parry-Graves. Toutefois, si le diagnostic du goître exophtalmique est souvent facilité par la constatation d'un certain nombre de signes dont la réunion, chez un même sujet, ne permet aucune hésitation sur l'existence réelle de cette ma-

Digitized by Google

ladie, on observe parfois des cas complexes dans lesquels le tableau clinique peut être si différent de la description classique qu'une méprise n'est que difficilement évitée.

L'observation suivante concerne un cas fruste de goître exophtalmique pris pour une tuberculose pulmonaire. Elle est loin d'être unique parmi les faits déjà publiés ou observés ; mais elle montre, une fois de plus, qu'une erreur de diagnostic résultant d'un examen incomplet ou imparfaitement dirigé peut entraîner pour un malade des conséquences funestes.

D'ailleurs, cette histoire clinique me permettra de rappeler certaines déductions pratiques sur lesquelles il n'est peut-être pas sans intérêt d'insister à nouveau.

Obs. — M. C..., âgé de 25 ans, exerce la profession de tourneur sur bois. Il a toujours joui d'une excellente santé, à part une scarlatine et une rougeole contractées dans son enfance. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique, ni paludéen. Son père est mort d'une pneumonie à un âge avancé ; sa mère, très nerveuse, a une bonne santé habituelle ; il a un frère épileptique.

Au mois d'août 1897, en prenant un bain de mer, il ressent brusquement une crampe douloureuse à la jambe gauche ; il veut regagner la rive à la nage, mais ses forces le trahissent ; il s'évanouit et disparaît au fond de l'eau. Repêché quelques instants après, il se remet assez vite de cet accident, dont il ne conserve que le souvenir, profondément émotionnant, et reprend son travail le surlendemain.

Environ quinze jours après, C... commence à tousser, en même temps que des palpitations violentes se manifestent et lui interdisent toute fatigue. On croit à une simple bronchite accompagnée de palpitations nerveuses, et l'on prescrit quelques calmants qui restent sans effet sur la toux et sur l'état général, qui empire au contraire de jour en jour. Bien que l'appétit soit conservé, les forces diminuent, le malade maigrit à vue d'œil, tandis que des crises de diarrhée intermittente se produisent. A la fatigue occasionnée par les palpitations et par une gêne respiratoire marquée vient s'ajouter une nouvelle cause d'affaiblissement : l'insomnie. C'est à peine si le malade peut dormir deux ou trois heures par nuit, et à son réveil il est couvert de sueurs profuses.

La toux (quoique étant rarement suivie d'expectoration), l'aspect cachectique, la dyspnée, la fièvre, les sueurs profuses, les troubles gastro-intestinaux semblaient caractériser si parfaitement la présence d'une tuberculose pulmonaire que ce diagnostic avait été porté. On soumit donc ce malade à une alimentation intensive, riche en viandes, d'autant plus facilement acceptée que l'appétit était entièrement conservé. On ordonna l'air de la campagne : on prescrivit la créosote, l'huile de foie de morue, et même, dans les derniers temps, le cacodylate de soude. Ce traitement ne donna aucun résultat appréciable. Il semblait bien cependant que l'on obtenait, de temps à autre, une reprise d'embonpoint, mais sans que cette amélioration apparente fût famais suivie de la disparition ou de l'atténuation de l'un quelconque des autres symptômes. C'est qu'en effet cette thérapeutique ne pouvait avoir quelque chance de succès, basée qu'elle était sur une erreur de diagnostic.

C'est vers la fin de 1899, c'est-à-dire deux ans environ après le début de l'affection, que j'eus l'occasion d'examiner le malade.

C... offre, à première vue, toute l'apparence d'un phtisique parvenu au stade ultime de la cachexie tuberculeuse. Il est grand, blond, d'une maigreur effrayante. Le teint n'est ni jaune paille ni subictérique ; la face est plutôt rosée et contraste, par sa couleur, avec l'amaigrissement du malade. Les yeux ne sont pas saillants ; ils paraissent, au contraire, plutôt enfoncés dans les orbites ; mais leur expression est étrange, et le regard présente une fixité toute particulière.

L'état de faiblesse est si marqué que le malade ne peut se tenir debout sans ressentir la crainte de s'affaisser immédiatement, *ses jambes paraissent se dérober sous lui.* Malgré cet état de déchéance, l'agitation est extrême ; les paroles sont brèves, rapides, saccadées, et les mouvements, comme automatiques, paraîtraient, à un examen superficiel, frappés d'incoordination (simplement apparente, d'ailleurs).

Il existe de l'angoisse respiratoire, sans véritable dyspnée, ni polypnée réelle : 20 respirations par minute. La peau ne présente aucun trouble trophique ni vaso-moteur ; toutefois elle est sèche et brûlante, à tel point que l'on se croirait en présence d'une affection à marche essentiellement rapide si l'on ne connaissait la date déjà éloignée de son début.

La température axillaire est de 38° 9. Le pouls radial, régulier, mais faible et dépressible, est très rapide et présente, mais *inversé*, le nouveau signe donné par Huchard (1) pour déceler l'hypertension artérielle, celui de la *stabilité du pouls* : 120 pulsations dans la position couchée, 92 seulement dans la station debout. Mais à ce moment, je ne connaissais pas encore toute l'importance de ce phénomène.

Le malade me raconte qu'il n'éprouve aucune douleur rétrosternale, mais que les palpitations dont il souffre prennent parfois, sans cause apparente, une intensité considérable : « son cœur bouillonne, alors, comme une marmite d'eau chaude » et les battements « se communiquent » (dit-il) au cou et à la tête. Le moindre effort les exagère et réveille, en même temps, des quintes de toux « qui l'épuisent », toux fatigante et inutile qui aboutit péniblement à l'expulsion de quelques rares crachats muqueux, blanchâtres, jamais purulents ni hémoptoïques. Le malade n'a jamais eu d'hémoptysies.

L'amaigrissement, qui est extrême, aurait été cependant plus considérable encore ; car (fait remarqué par le malade lui-même) *cette maigreur est intermittente*, et sous une influence quelconque, médicamenteuse ou autre, l'état général s'est parfois sensiblement amélioré, pour s'aggraver davantage encore par la suite. Le poids actuel est de 42 kilogrammes.

Quoique l'appétit soit entièrement conservé, les digestions sont souvent pénibles et suivies de vomissements alimentaires. Le malade n'a jamais eu d'hématémèses. La diarrhée est fréquente, mais les selles n'ont jamais contenu du sang.

Depuis le début de sa maladie, le caractère de ce malade s'est profondément modifié ; il se sent inquiet, découragé ; sans cesse il est tourmenté par des idées noires. Il évite autant que possible la société de ses camarades, car il ne peut supporter d'eux la moindre observation sans entrer immédiatement dans une colère violente qui fait redoubler ses malaises, surtout ses palpitations. Mais il n'a jamais eu ni impulsions ni hallucinations. A la suite

(1) Huchard. *Consultat. médic.* 2e édit., p. 187.

Digitized by Google

de ces colères, ses mains tremblent; il ne peut plus écrire, et le tremblement, quoique très atténué, persiste même en dehors de ces circonstances.

L'inspection du thorax ne fournit aucune particularité intéressante, sinon la saillie prononcée des côtes, la profondeur des espaces intercostaux et la constatation d'un vigoureux choc précordial battant dans le cinquième espace intercostal et très perceptible à la vue.

La percussion des régions pulmonaires donne une sonorité normale dans toute leur étendue, en avant comme en arrière. Les vibrations thoraciques sont également physiologiques; enfin, l'auscultation ne révèle ni modification du murmure vésiculaire, ni bruits anormaux, si ce n'est quelques sibilances à la base gauche.

L'examen du cœur permet de constater que la matité précordiale a conservé une étendue normale. Les contractions cardiaques sont rapides, mais régulières et sans intermittences. Les deux bruits, d'une perception délicate en raison de la tachycardie, paraissent nets et bien frappés. Pas de frottements; pas de souffle; pas de retentissement diastolique au niveau de l'aorte ni de l'artère pulmonaire; pas de signes de dilatation aortique; pas d'arythmie; il n'y a jamais eu menace d'hyposystolie.

La langue est rosée, humide, sans trace de leucoplasie; mais elle présente un tremblement fibrillaire, à peine appréciable du reste. L'estomac n'est ni dilaté, ni douloureux à la pression. L'analyse du chimisme gastrique n'a pas été faite. La matité hépatique est normale; la région du foie n'est nullement douloureuse; pas de battements au creux épigastrique. L'abdomen est souple, non douloureux.

Aucun symptôme morbide n'attire l'attention du côté du filtre rénal. Les urines sont de couleur et de quantité normale; elles ne contiennent pas de sucre, mais des traces d'albumine pendant le travail de la digestion.

A l'exception des modifications du caractère (parfaitement remarquées d'ailleurs, par le malade lui-même) et du tremblement (sur lequel je vais revenir), on ne constate aucun trouble fonctionnel du système nerveux : pas d'anesthésies, aucun symptôme parétique ni choréiforme, pas de stigmates hystériques. Mais, le tremblement est absolument caractéristique. Généralisé à tout le corps, avec prédominance marquée aux membres supérieurs, il est constitué par de fines vibrations qui ne laissent aucun doute sur sa nature (signe de Charcot-Marie). Il faut, en outre, rapprocher de ces faits cette sensation, accusée par le malade, d'un affaiblissement considérable des jambes qui semblent se dérober sous lui (signe de Buzzard-Charcot).

A première vue, la région thyroïdienne paraît normale, et il faut regarder de bien près pour s'apercevoir que le lobe droit de la glande thyroïde est un peu plus développé qu'à l'état sain. On ne remarque cependant, dans cette région, ni souffles ni battements. Il n'en est pas de même dans les régions carotidiennes qui sont le siège de pulsations violentes qui contrastent avec la faiblesse du pouls radial.

Bien qu'il n'existe aucun degré d'exophtalmie, il est utile de rappeler l'étrangeté et la fixité du regard de ce malade, véritable regard « tragique ». On ne constate pas le signe de Stellwag; seul, celui de Graefe (parésie de la paupière supérieure) est appréciable. De plus, l'acuité visuelle est parfaite. Les pupilles présentent une légère dilatation.

J'ajouterai, enfin, que l'examen bactériologique des rares crachats expulsés, a toujours été négatif au point de vue du bacille de Koch.

A considérer isolément chacun de ces symptômes, l'esprit aurait pu s'égarer sur différentes interprétations erronées. C'est ainsi que le tremblement, l'affaiblissement des membres inférieurs, leur effondrement, l'état cachectique du malade évoquent l'idée du tabes ou d'une autre affection médullaire. Mais il n'existe aucun des nombreux symptômes de l'ataxie; de plus, on ne constate ni troubles trophiques, ni paralysie vésico-rectale, ni escharre sacrée, ni altération de la sensibilité.

L'hystérie, la neurasthénie, l'alcoolisme, la syphilis ne sauraient davantage être mis en cause.

La dyspnée, la tachycardie, l'amaigrissement ne sont ici symptomatiques ni d'une néphrite, ni du diabète. Il ne s'agit pas, non plus, d'un cas de sténocardie ou de tachycardie paroxystique essentielle (la tachycardie étant permanente et simplement exagérée par instants).

La discussion du diagnostic différentiel entre la tuberculose pulmonaire et la goître exophtalmique mérite plus d'attention. Sans compter que l'on retrouve dans ce cas de nombreux signes d'une cachexie tuberculeuse, on ne saurait oublier que ces deux affections peuvent être associées, ainsi que Breton en a rapporté une observation (1), et que, d'autre part, la tuberculose pulmonaire a pu évoluer sous le masque et les allures d'une maladie de Parry-Graves (Gauthier, de Charolles) (2).

Dans le cas présent, malgré l'état de consomption du malade, malgré la présence d'une toux quinteuse, de la fièvre, des sueurs profuses, des troubles digestifs, malgré la tachycardie même, assez souvent observée dans la phtisie par suite d'une sorte d'amyotrophie cardiaque (Klippel), il faut écarter l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire. En effet, l'expectoration est insignifiante; il n'y a jamais eu d'hémoptysie; l'appétit est excellent et nullement en rapport avec l'état des forces; les signes stéthoscopiques sont à peu près nuls (contradiction évidente avec l'état de profonde cachexie); l'examen bactériologique est négatif.

Lorsqu'on étudie, non plus chaque symptôme pris isolément, mais l'ensemble des signes observés, le diagnostic de goître exophtalmique s'impose. Il a pour lui :

1° Le début brusque, survenu à la suite d'une violente émotion;

2° La tachycardie;

3° L'intensité des battements carotidiens, en opposition avec la faiblesse du pouls radial;

4° L'hypertrophie légère du lobe droit de la glande thyroïde;

(1) Breton. *Journal des Praticiens*, 1899.
(2) Gauthier (de Charolles). *Revue de Médecine*, 1890.

Digitized by Google

5° Le tremblement caractéristique ;

6° L'amaigrissement survenant par crises (phénomène sur lequel Huchard (1) a récemment rappelé l'attention), et contrastant avec la conservation de l'appétit ;

7° La présence des signes de Graefe et de Buzzard-Charcot ;

8° L'irritabilité du caractère ;

9° D'autres signes secondaires qu'il est inutile de rappeler.

Il est fort probable (c'est du moins, ce qui résulte des recherches récentes de Jouffroy, J. Renaut, Abadie, P. Reynier et Paulesco, etc.), que la maladie de Parry Graves est sous la dépendance d'une altération sécrétoire du corps thyroïde (hyperthyroïdation), déterminant une véritable intoxication du système musculaire. Ce trouble fonctionnel de la glande thyroïde serait, toutefois, secondaire et résulterait lui-même d'une vaso-dilatation active, primitive ou réflexe, des vaisseaux du cou et de la tête (Abadie, P. Reynier et Paulesco).

La thérapeutique devait s'inspirer de ces notions pathogéniques et s'efforcer de remplir les indications suivantes :

1° S'opposer à la vaso-dilatation des vaisseaux du cou ;

2° Favoriser l'élimination du poison thyroïdien ;

3° Combattre les symptômes, principalement les palpitations et la dyspnée.

Dans le but d'amener la vaso-constriction des vaisseaux de la tête et du cou, il était indiqué, ainsi que l'a recommandé Huchard (2), d'avoir recours au bromhydrate de quinine. Toutefois, s'il fallait éviter les faibles doses qui tendent à augmenter la tachycardie (Jerusalimsky), on devait aussi redouter l'emploi des doses élevées qui auraient pu entraîner la vaso-dilatation par paralysie des nerfs vasculaires et du centre vaso-moteur (Von Schroff). C'est pourquoi j'ai prescrit la dose moyenne de 1 gramme de bromhydrate de quinine par jour.

Pour favoriser l'élimination du poison thyroïdien, il était nécessaire de surveiller attentivement le filtre rénal et d'en activer le fonctionnement au moyen du merveilleux diurétique qu'est la théobromine.

D'autre part, l'éréthisme cardiaque aurait commandé l'emploi de la digitale qui avait donné de bons effets entre les mains de Trousseau, si l'on n'avait craint de s'exposer à ajouter une intoxication nouvelle à celle que l'on voulait combattre, et si l'on avait pu escompter son action diurétique ; or, celle-ci est nulle toutes les fois que les troubles cardiaques sont bien compensés (Lorain, Huchard).

De même l'antipyrine, efficace sans doute (Huchard, Arduin) (1), me paraissait contre-indiquée en raison de son action occlusive sur le rein.

Il fallait, en outre, recommander une alimentation mixte (régime lacto-végétarien), dans le but d'éviter la production d'une dyspnée toxi-alimentaire, si bien mise en lumière par Huchard, et capable de venir augmenter encore l'angoisse respiratoire d'origine cardiaque.

Enfin, l'hydrothérapie, le repos, le séjour à la campagne, ne pouvaient qu'être suivis d'excellents résultats.

Quant à la médication par les sucs thyroïdiens, préconisée par Ransom et J. Voisin, elle ne paraissait nullement indiquée. Sans compter que les extraits thyroïdiens ne sont pas toujours prescrits sans danger, ils n'ont guère d'action que sur les goîtres « basedowifiées » (Marie), et demeurent le plus souvent sans effet sur les goîtres exophtalmiques rapides, post-émotifs.

C'est d'après ces principes que le traitement suivant a été prescrit :

1° Alimentation lacto-végétarienne. Pas de gibiers, pas de fromages faits, pas de conserves, pas de salaisons, pas de crudités. Comme boisson, lait coupé d'eau de Vals. Pas de vin, pas d'alcool, pas de café, pas de thé, pas de tabac ;

2° Tous les deux jours, une douche en pluie, à 25°, suivie d'un massage ;

3° Tous les matins, trois cachets contenant chacun 0 gr. 50 de théobromine, suivis d'un grand verre d'eau d'Evian ;

4° A chaque repas, pendant vingt jours tous les mois, un cachet contenant 0 gr. 50 de bromhydrate de quinine ;

5° Repos complet, moral et physique ; séjour à la campagne, à une altitude moyenne.

Sous l'influence de ce traitement, le malade fut sensiblement amélioré en l'espace de quatre à cinq mois. Actuellement, les palpitations ont à peu près disparu ; le sommeil est revenu, de même que les forces et l'embonpoint ; l'état général est satisfaisant.

Je n'ajouterai que cette remarque : en présence d'une maladie de Parry Graves, on aurait tort de négliger les ressources d'une thérapeutique purement médicale, souvent fastidieuse mais parfois efficace, avant de faire appel aux opérations diverses récemment recommandées, telles que la thyroïdectomie, l'exothyropexie ou l'opération de Jaboulay (section double du sympathique cervical), et dont les résultats n'ont pas toujours été très encourageants.

(1) Huchard. *Consultations médicales*, 2e édit., p. 410.
(2) Huchard. *Journal des Praticiens*, 1900.

(1) Arduin. *Thèse de Paris*, 1884.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Péricardite pneumococcique

Par H. Huchard, *médecin de l'hôpital Necker.*
et Bergouignan, *ancien interne des hôpitaux*

Homme de 71 ans, entré salle Chauffard, le 19 janvier 1902, pour toux et dyspnée. Il a toujours été bien portant jusqu'ici. Depuis huit jours environ, il respire difficilement, tousse, mais ne crache pas. Il a eu quelques frissons au début, pas de point de côté. A l'examen on trouve : artères radiales sinueuses et dures, légère élévation des sous-clavières, retentissement diastolique de l'aorte, bruits du cœur rapides, réguliers, mais sourds. Dans la poitrine, râles humides disséminés dans toute la hauteur des poumons, pas de zone de matité appréciable. Température : 38°9. Pas d'albumine dans les urines. La langue est saburrale et peu humide.

Diagnostic : pneumonie (malgré l'absence de localisation nette et de crachats) chez un artério-scléreux.

20 janvier. Même état.

21 janvier. Dyspnée augmentée, état semi-comateux. La température se maintient aux environs de 39°.

L'examen de la poitrine révèle un foyer de submatité à la base du poumon droit, coïncidant avec un foyer de gros râles sous-crépitants. Toujours pas d'expectoration. Le diagnostic se confirme. En raison du timbre sourd des bruits du cœur on donne, dans la soirée, 25 gouttes de la solution de digitaline cristallisée de Nativelle au millième.

23 janvier. Le malade meurt à 6 heures du matin.

Autopsie le 25 janvier.

A l'ouverture du thorax, le sac péricardique apparaît volumineux, adhérent à tous les organes du médiastin et en particulier au plastron sterno-costal.

On ouvre le *péricarde* verticalement sur sa face antérieure.

La *cavité péricardique*, libre, dépourvue d'adhérences, contient 150 grammes environ de pus verdâtre, mal lié, grumeleux.

L'examen microscopique direct de ce pus le montre composé de leucocytes polynucléaires entre lesquels se trouve une quantité considérable de pneumocoques, à l'exclusion de tout autre micro-organisme. L'aspect de la préparation rappelle celui d'une préparation de culture pure de pneumocoque sur bouillon.

Ce pus, ensemencé sur gélose, donne uniquement, au bout de 24 heures, des groupes de colonies petites, transparentes, en gouttelettes de rosée, aspect caractéristique des colonies du pneumocoque, ce que, du reste, l'examen microscopique vient confirmer.

Le *feuillet pariétal* du péricarde, épais de 2 à 3 millimètres, est une membrane dure, fibreuse, infiltrée de graisse par endroits. Toute sa face interne est recouverte d'une fausse membrane friable, facile à détacher, et hérissée à sa face interne de villosités longues de 1 à 2 millimètres, rugueuses au toucher, et donnant l'apparence et la sensation caractéristiques d'une langue de chat.

Le *feuillet viscéral* présente le même aspect. Les villosités sont abondantes surtout à la face antérieure. Vers la partie inférieure du bord droit, et au niveau de la pointe, le péricarde prend un aspect boursouflé, œdémateux. Incisé à ce niveau, on le voit formé d'un tissu jaune lardacé, épais de 1 centimètre environ, se continuant sans interruption sensible avec le myocarde dont la couleur est brun jaunâtre à ce niveau.

Partout ailleurs, le feuillet viscéral est épais de 1 à 2 mm., dur, résistant, et se continuant par une transition plus ou moins brusque avec le myocarde. Au niveau des sillons, on voit les coronaires béantes, dilatées et dures, plongées au milieu d'un tissu lardacé qui fait corps avec le péricarde. Comme sur le feuillet pariétal, la néomembrane villeuse est friable, et se détache en général facilement, sauf en quelques points de la face antérieure où elle adhère au péricarde par des tractus blanchâtres, fibreux, assez résistants.

La cavité et les orifices du *cœur droit* sont normaux. Le myocarde de la pointe présente les altérations signalées plus haut.

La cavité du *ventricule gauche* est très diminuée : elle admet à peine deux doigts. Le myocarde est épais de 3 centimètres 1/2, (hypertrophie concentrique) et présente l'aspect suivant :

a) Sous le péricarde une couche jaune brun, épaisse de 1/2 centimètre.

b) A la partie moyenne, couche de deux centimètres d'épaisseur, couleur rouge brun foncé.

c) Sous l'endocarde, couleur normale.

Les deux valves de la *mitrale* sont épaissies légèrement ; leur bord forme un bourrelet induré, irrégulier, de 3 à 4 mm. de largeur. Les cordages sont épaissis et très résistants. Les piliers, surtout les piliers antérieurs, sont hypertrophiés et présentent par places de petites taches jaunâtres qui se prolongent dans l'épaisseur, et sont dues probablement à de petits îlots de sclérose.

Les valvules sigmoïdes de l'*aorte* présentent un commencement d'induration. L'aorte, dans toute son étendue, est parsemée de plaques et de pustules athéromateuses. Epaisseur moyenne de l'aorte : 3 à 4 mm. L'orifice du coronaire, dilaté, est libre.

Le cœur avec le péricarde et la crosse de l'aorte pèse 780 grammes.

Digitized by Google

Poumons. — 200 grammes de liquide séreux interlobaire dans la plèvre gauche qui est adhérente presque en totalité. Congestion et œdème du poumon gauche.

P. droit. — Congestion de la partie supérieure. A la face inférieure et externe du lobe inférieur, foyer d'hépatisation grise, du volume des deux poings, avec bourrelet d'élimination très marqué. A ce niveau la plèvre est remplie de fausses membranes grisâtres épaisses.

Reins, droit : 105 grammes ; gauche : 115 gr. Petits reins rouges, scléreux. Pas de couche corticale. La capsule adhère par places. La surface du rein décortiqué donne l'aspect et la sensation de la surface d'un foie cirrhotique.

Foie. — Muscade, 1.760 gr.

Formulaire du Praticien

Le traitement du prurigo

M. Albert Robin (Hôpital de la Pitié) montre une femme atteinte de papules prurigineuses avec eczématisation de la peau. Quel traitement employer ? L'école de Hambourg ne serait pas embarrassée. Elle userait d'un traitement local et négligerait l'état général. C'est là une erreur. M. Besnier a montré l'origine toxico-dermique de pareilles affections et MM A. Robin et Leredde ont prouvé la source gastrique de ces toxico-dermies. Toutes les fois qu'il existe un prurigo rebelle, ces auteurs ont trouvé une cause gastrique à ces démangeaisons et celle-ci est un trouble stomacal accompagné d'ordinaire de fermentations. Les acides de fermentation s'éliminent par la peau et c'est leur passage a travers les glandes sudoripares qui détermine l'irritation cutanée et l'éruption papuleuse. La vérité de cette conjecture a été démontrée par l'expérience suivante. Le jaborandi est un excellent sudorifique ; donnez une infusion de jaborandi à un homme bien portant. La sueur excrétée sera d'abord très acide, puis l'acidité baissera peu à peu et la sueur deviendra neutre. Or qu'au lieu d'un homme bien portant, il s'agisse d'un prurigineux, cette disparition dans l'acidité de la sueur ne se produira pas. La sueur sera acide tout le temps et cet acide, ainsi que l'a constaté M. Bournigault, est de l'acide lactique. Or, les fermentations stomacales des prurigineux sont surtout composées d'acide lactique.

Le traitement consistera tout d'abord dans l'institution du régime lacté absolu. On usera du lait stérilisé ; toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 10 heures du soir, un bol de lait stérilisé très chaud. En second lieu et pour arrêter les fermentations stomacales, M. A. Robin prescrit le fluorure d'ammonium.

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 grammes

Une cuillerée 2 à 6 fois par jour avant les prises de lait.

Contre les démangeaisons, on prescrira la poudre suivante :

Amidon.....	60 grammes
Oxyde de zinc.....	15 —
Camphre.....	2 —

Usage externe ; pour saupoudrer plusieurs fois dans le jour.

En dernier lieu, le matin au lever et le soir au coucher seront faites des lotions chaudes avec le liquide suivant :

Eau bouillie.....	300 grammes
Silicate de soude.....	2 —

On laissera sécher sur la peau ; quand cela sera sec, badigeonner toutes les parties qui sont le siége des démangeaisons avec du baume du Commandeur qui renfermant de la myrrhe de l'aloès, et du benjoin, étale en se desséchant un mince vernis sur la peau.

Traitement des brûlures par les essences

Depuis le pansement à l'acide picrique le liniment oléo-calcaire a singulièrement perdu de terrain. On sait que l'acide picrique s'emploie en solution à 10/1000, sous forme de compresses stérilisées imbibées de la solution. La brûlure est nettoyée doucement avec de l'eau bouillie chaude ; on conservera les lambeaux des phlyctènes, si celles-ci sont ouvertes. Si les phlyctènes sont entières, le contenu est évacué par ponction. Par dessus les compresses de gaze stérilisée imbibées d'acide picrique (on en réunira jusqu'à 10 à 12 doubles), on applique directement une couche d'ouate hydrophile. Le pansement ne doit pas être renouvelé avant 3 jours ; sans enlever le pansement tout à fait, on peut même se contenter, à ce moment, de détacher l'ouate et les compresses laissées en place ayant été imbibées à nouveau de la solution d'acide picrique, on les maintiendra par un nouvel enveloppement d'ouate propre. L'inconvénient du pansement à l'acide picrique est son pouvoir colorant ; le remède est jaune d'or et s'attache aisément aux doigts. En outre, il n'est pas dit que le remède ne jouisse pas de propriétés plus toxiques qu'on n'avait cru tout d'abord. Quelques accidents ont été relatés, suite de son emploi. Il convient donc de ne l'utiliser que dans les brûlures qui ne sont pas trop étendues.

Quand la brûlure est large, on pourra recourir aux pommades au salol, à l'iodoforme, à l'acide phénique, à l'acide borique, au camphre, au menthol, au thymol, au goménol.

Le praticien pourra formuler :

Iodoforme.....	0 gr. 50
Acide borique.....	5 grammes
Vaseline.....	50 —

Digitized by Google

Vaseline	80 grammes
Salol camphré	20 —
Vaseline	100 grammes
Menthol	0 gr. 50
Thymol	0 — 05

M. Lucas-Championnière emploie les essences :

Essence de géranium	XV gouttes
— — verveine	
— — thym	
— — d'origan	
Mercecidine (naphtolate de soude)	0 gr. 30
Vaseline blanche	100 grammes

Cette pommade n'a aucune toxicité et peut être employée sur des surfaces considérables et absorbantes.

Le goménol sera utilisé avec avantages. Il n'est nullement toxique ni caustique et peut être employé aux doses de 10 à 50 0/0.

Lanoline	ãã 50 grammes
Vaseline	
Goménol	10 à 20 grammes

Ou bien encore :

Huile de lin	ãã 100 grammes
Eau de chaux	
Goménol	30 —

Cette dernière préparation remplace heureusement le liniment oléo-calcaire. On la recouvre de plusieurs compresses de gaze stérilisée et l'on opère comme pour l'acide picrique. Les doses de goménol peuvent être augmentées sans inconvénient.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La Prostitution « cloîtrée ».

Il arrive parfois aux praticiens d'être consultés par le maire de la ville qu'ils habitent. Que pensent-ils de l'établissement d'une maison de tolérance? Quels seraient les avantages, quels les inconvénients? La plupart répondent en fournissant une opinion personnelle, plutôt fondée sur des considérations de sentiment toujours quelque peu vagues, que sur des raisons scientifiquement motivées. Le livre que vient de faire paraître M. Fiaux (1), les documente complètement à cet égard. M. Fiaux ne veut pas des maisons de tolérance, et son argumentation ne laisse pas d'être impressionnante. Il y a d'abord la question d'humanité et de civilisation. N'est-il pas honteux, au commencement du XXe siècle, de voir des femmes réduites à l'état de femelles parquées, mises à la disposition d'un homme, quel qu'il soit, malpropre, puant, hideux, et contraintes, contre une rétribution modique, de se donner à lui, si violente soit leur répulsion et fussent-elles secouées du plus légitime dégoût? Enfermées dans la maison, elles y sont prisonnières. L'homme est libre de ne pas entrer; elles n'en peuvent sortir. Si encore l'avilissement où elles tombent constituait une sauvegarde contre les dangers de la prostitution, ce serait une excuse à la législation sociale qui tolère semblable infamie. Malheureusement, l'iniquité de la loi n'est atténuée par aucun avantage. Les maladies syphilitiques ne sont pas diminuées de nombre par le fait de l'existence d'une maison publique. Bien au contraire : ces maladies augmentent avec l'ouverture d'établissements de ce genre. M. Fiaux nous cite de nombreux exemples où pareille progression s'est montrée. Contentons-nous d'un seul. Avant l'ouverture des maisons publiques à Brême, le nombre des femmes syphilitiques traitées à l'hôpital de cette ville a été, dans un intervalle de 11 ans (1867-1877), de 908; en 1878, s'ouvrent les maisons de tolérance; en 7 ans, de 1878 à 1884, le chiffre des syphilitiques s'élève à 1,361, soit pour 4 années de moins, 453 femmes syphilitiques de plus. La syphilis progresse avec l'établissement de la prostitution cloîtrée; elle se réduit avec la suppression de celle-ci.

Les maisons de Colmar furent fermées en 1881. Depuis ce jour, la diminution de la syphilis s'est imposée par des chiffres frappants (En 1881, 73 syphilitiques; on ferme les maisons, le chiffre des syphilitiques tombe à 30 en 1882, à 13 en 1883). Alors pourquoi s'obstiner? La réglementation est honteuse pour notre époque, elle reste sans résultats sociaux appréciables. Ou plutôt ces résultats ne s'exercent que dans un sens d'aggravation du mal qu'on se piquait d'extirper. L'opinion publique du reste, dans cette question, est en rapport avec la morale. Les hommes ne veulent plus de maisons de tolérance; le nombre de celles-ci tend à baisser d'une manière régulière; à Paris, en 1880, on comptait 119 maisons hospitalières; ce chiffre, en 1900, était tombé à 45. Les pensionnaires de ces maisons qui étaient en 1880 au nombre de 1.107, ne sont plus en 1900, qu'au nombre de 504. D'où vient cette diminution, si ce n'est de la raréfaction de la clientèle?

Des villes comme Amiens, Courbevoie, Salins, qui possédaient de longue date ou avaient autorisé des maisons de création récente, les ont supprimées. Tous les maires se félicitent du retrait de l'arrêté qui avait accordé cette exploitation. Leurs habitants ne s'en portent pas plus mal, et la tranquillité publique est mieux assurée.

Il semble donc qu'il ne puisse y avoir hésitation. Quand un maire sollicitera l'avis de mes confrères, ceux-ci seront bien inspirés de répondre : Non. La maison de tolérance ravale brutalement des êtres humains au rang de la bestialité la plus inférieure; l'utilité de ces maisons n'est pas démontrée, car les maladies vénériennes ne sont pas diminuées par le fait de leur existence. Parfois, il semble même que la syphilis reçoive comme un coup de fouet de l'autorisation accordée, et qu'un épanouissement de syphilitiques se mette à se développer et à fleurir dès que l'ouverture d'un pareil établissement permet d'accrocher la lanterne, et d'étaler les grosses lettres devant les fenêtres hermétiquement closes. — Z.

(1) *La Prostitution cloîtrée.* (Allan, édit., 1902. 1 vol. in-16 de 253 p.).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Le traitement de la métrite cervicale par le caustique Filhos. — Le nombre des médications opposées à la métrite cervicale est innombrable. Les unes ne jouissent que d'une action précaire, les autres sont dangereuses, tel le crayon au chlorure de zinc de Dumontpallier. Serions-nous aujourd'hui en face du traitement idéal, de celui qui tout en ne faisant courir aucun risque à la malade et en lui permettant de vaquer à ses occupations, conduit en même temps à une guérison assurée et définitive? A voir les femmes traitées par M. Richelot (Hôpital Saint-Louis), il semble bien que la méthode qu'il emploie est supérieure à toutes celles qui étaient préalablement usitées. Le chirurgien de Saint-Louis use du caustique Filhos. C'est du caustique de Vienne solidifié, taillé en crayon et sauf la pointe qui est libre, enveloppé pour le reste de sa longueur dans une gaine de gutta-percha. Sous l'action du caustique, les gros cols à larges déchirures avec ectropion et secrétion muco-purulente se transforment, se façonnent, deviennent des cols de nullipares petits, roses, perméables toujours. Suite de l'opération il ne se produit pas de dysménorrhée, ni atrésie ; la guérison se maintient. M. Richelot présente plusieurs malades opérées depuis plusieurs années. Il n'existe aucune tendance à la récidive.

Le praticien possède dans la méthode de M. Richelot un traitement simple, efficace et que tout débutant est à même d'instituer. Le col étant mis à découvert dans le spéculum, est nettoyé non par un lavage, mais par plusieurs tampons de coton hydrophile imbibé d'une solution de sublimé. Un tampon de coton est placé dans le cul-de-sac postérieur de façon à protéger celui-ci contre l'action caustique du remède. Le crayon est ensuite promené longuement sur le col, les érosions possibles et autour de l'orifice : 3 à 5 minutes de temps environ, en sorte qu'il se produise une escharre noire assez profonde pour que la couleur noire persiste même après qu'on aura essuyé. La cautérisation n'entraîne pas de souffrance bien vive ; si quelque douleur se réveille, le chirurgien touchera plus légèrement. Cette éventualité d'ordinaire ne se produit pas. On peut cautériser sans crainte ; le plus souvent la cautérisation pèche par défaut, l'attouchement ayant été insuffisant. Cependant il ne faut pas pousser la pression et le contact du crayon à l'extrême, des lésions inflammatoires, des salpingites seraient peut-être à craindre. Mais M. Richelot ne les a jamais observées. On termine l'opération en introduisant un tampon de coton hydrophile saupoudré d'iodoforme ou de salol.

Au bout de 8 jours on recommence ; on pénètre plus profondément dans la cavité cervicale et on cautérise son pourtour comme la première fois. 8 à 12 cautérisations sont d'ordinaire nécessaire, en sorte que le traitement dure 2 mois 1/2 à 3 mois. On s'aperçoit qu'on touche à la guérison quand les lèvres du col s'amincissant tendent à se refermer.

Sans doute l'opération de Schrœder qui consiste dans l'abrasion de la muqueuse malade est plus expéditive. Mais il faut hospitaliser les femmes. Pour bon que soit le procédé, il manque de vertu pratique. Si on voulait faire entrer à l'hôpital toutes les femmes atteintes de métrite cervicale chronique, les bâtiments de l'Assistance publique ne suffiraient pas à les contenir. Le Filhos offre l'avantage de ne pas les retenir à l'hôpital. Elles viennent à la consultation une fois par semaine et rentrent ensuite chez elles.

Pour recueillir des succès assurés, il convient toutefois de ne pas cautériser indistinctement toutes les métrites. M. Richelot, dans les métrites récentes, a encore eu à se louer de son procédé ; néanmoins, en pareil cas, les tissus sont trop irritables et les congestions avec hémorrhagies risqueraient de survenir. Il est plus prudent de réserver le Filhos aux cas chroniques avec gros col et leucorrhée tenace. Ayant vu par nous-même, à Saint-Louis, les effets absolument remarquables du traitement, nous croyons pouvoir le recommander aux praticiens.

CLINIQUE MÉDICALE

La maladie de Landry. — C'est là une maladie assez rare et que je ne souhaite pas à mes confrères d'avoir à soigner. Ainsi que le fait remarquer M. Brissaud (Hôtel-Dieu), la clientèle pardonne malaisément au médecin la rareté d'une maladie aiguë, quand celle-ci est, comme dans le cas présent, fort grave. Pour une affection chronique et qui dure des mois, on accepte volontiers cette étiquette de rare dont on la gratifie. L'amour propre du malade se trouve caressé à cette idée de curiosité clinique qui fait de son cas un type à part, non présenté par le voisin. Mais une affection qui ne se rencontre pas tous les jours et qui tue en même temps son homme en un rien de temps, allez-vous prévaloir de sa rareté ! On dira que vous ne la connaissez pas et c'est tout.

Dans le service de M. le Pr Brissaud est

Digitized by Google

entré un homme de 34 ans. Dans ses antécédents on ne relève qu'un chancre induré constaté deux ans et demi auparavant et au dire du malade, non suivi d'accidents secondaires apparents ; le traitement spécifique a été suivi, mais d'une façon assez molle.

Le malade est un nerveux, assez émotif. Il présente du strabisme de l'œil gauche.

Sa maladie actuelle a débuté, il y a huit jours, par une toux légère et une faiblesse brusque des deux jambes et du bras droit. Les jours suivants, le bras gauche se prend également. Quelques phénomènes douloureux, assez atténués du reste, douleur dans les reins et dans les deux jambes, avaient apparu également et s'étaient accompagnés de sensations d'engourdissement.

Dès la nuit de l'entrée à l'hôpital sont entrés en scène d'autres accidents ; le malade est oppressé, il tousse davantage, a de la peine à rejeter les mucosités bronchiques ; sa voix est voilée. Pas de fièvre.

Le matin, il montre une faiblesse des deux membres inférieurs qu'il peut toutefois encore soulever, bien qu'avec peine, les muscles du mollet et de la cuisse sont également pris ; la force musculaire des deux bras est atteinte. Aucun trouble de sensibilité. Pas de douleurs ni de zones d'anesthésie. Les réflexes rotulien, crémastérien, plantaire sont abolis. Le malade ne peut s'asseoir dans son lit, les muscles redresseurs du tronc refusant la fonction.

Il respire avec peine; ses côtes se soulèvent fortement, ses mastoïdiens se contractent, réalisant ainsi le type de la respiration costo-supérieure ; des râles humides encombrent la base des poumons. Le pouls est assez fréquent, 116 pulsations. La voix est voilée et son timbre éteint. Jusqu'à la veille ces derniers troubles n'existaient pas. De même un nouveau symptôme apparu le matin est de l'incontinence d'urine. Jusque-là, la miction s'était opérée normalement. Il existe de la constipation depuis trois jours. La déglutition est aisée, la vue bonne. Aucun trouble trophique ; les fesses ne sont pas rouges.

Quelle est cette maladie ?

En une semaine, voici un homme qui se paralyse successivement des quatre membres, ne présente que des troubles très atténués de la sensibilité, perd ses réflexes, se met à respirer avec peine (paralysie du diaphragme), ne parle presque qu'à voix basse (paralysie des cordes vocales). La maladie s'est montrée brusquement, en bonne santé. On ne peut invoquer l'hystérie. Les douleurs initiales, l'engourdissement avec conservation de la sensibilité, l'abolition des réflexes plaident contre ce diagnostic.

Un type morbide pareil est tout autre chose. Il réalise le syndrôme qu'on est convenu d'appeler la maladie de Landry.

Cette affection, comme le fait remarquer M. Brissaud, frappe comme un coup de foudre, tantôt la substance médullaire, tantôt les nerfs périphériques; les deux systèmes au reste étant parfois simultanément atteints, bien qu'à intensité distincte. On ne conçoit guère une polynévrite sans trouble au moins fonctionnel des cellules médullaires ; mais ces dernières peuvent être touchées sans que les nerfs manifestent un état de souffrance.

De quelle nature est cette affection qui s'abattant sur un homme en bonne santé, le terrasse du jour au lendemain, en lui détruisant les centres moteurs de sa moelle ? Une intoxication sans doute. De quelle nature ? Ici le champ est ouvert aux conjectures. La maladie de Landry tue d'ordinaire en quelques jours; sa durée est celle de la rage. Quel est le poison capable de produire semblables accidents qui rappellent assez ceux d'une intoxication par le curare ?

Certains malades sont alcooliques, d'autres tuberculeux, d'autres étaient grippés. Le malade de M. Brissaud est un syphilitique. Tous ces antécédents sans doute n'agissent que comme cause prédisposante et ouvrent la porte au poison ultérieur qui fait la maladie de Landry.

Peut-on diviser celle-ci en deux formes principales, suivant que le poison s'est porté davantage sur la moelle ou sur le système nerveux périphérique ? On ne saurait se prononcer ; ce qu'on sait, c'est que l'évolution varie. Tantôt c'est la mort en quatre ou cinq jours. Le diaphragme se paralyse dès le troisième jour ; en pleine possession de leur intelligence, les malades voient avec terreur monter la mort.

Ici, on est au huitième jour ; c'est déjà tard ; au surplus des phénomènes douloureux se sont montrés au début, ce qui ne se produit pas quand la maladie s'est abattue sur la moelle. Ce retard dans la date habituelle de la mort, ces phénomènes douloureux, indiquent peut-être une localisation du poison sur le système nerveux périphérique.

C'est toujours très sérieux ; si les nerfs bulbaires se prennent, c'est souvent la mort. Au moins quelque espoir est-il permis.

Comme traitement, les antécédents spécifiques commandent l'essai de la médication mercurielle. Non pas qu'il y ait à en espérer grand résultat ; mais la conscience est à l'abri. On n'aura rien à se reprocher. M. Brissaud ordonne une injection sous cutanée d'huile biiodurée et à l'intérieur une potion avec 15 gouttes de teinture de noix vomique. Un lavement laxatif combattra la constipation. En outre on asseoira fréquemment le malade, de manière à combattre la tendance à la congestion passive et à faciliter l'expulsion des mucosités bronchiques.

P. S. Le malade a guéri. Il ne lui reste comme suite à ses accidents graves qu'une légère altération de la voix,

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La ponction lombaire dans les maladies mentales. — Bien que toute récente, la méthode cytologique de Widal et Ravaut a conquis une place importante en clinique et les travaux dont elle a été l'objet sont déjà fort nombreux. Les observations se sont multipliées tant dans les processus méningés aigus que dans les processus méningés chroniques. Tout récemment on a utilisé ce procédé en psychiatrie où il a donné des résultats intéressants au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

La technique de la ponction lombaire présente quelques particularités chez les aliénés. La position assise leur convient mieux que la position couchée, car dans la première il est plus facile de les maintenir solidement, le tronc fortement courbé. Il est indispensable d'avoir une aiguille relativement souple (de préférence en platine iridié), d'enfoncer l'instrument lentement, et de toujours le tenir en main, car on doit craindre un mouvement subit que les aides sont impuissants à empêcher.

Les contre-indications sont les suivantes : le diagnostic certain ou même simplement probable de tumeur cérébrale, surtout de tumeur à siége basal, cérébelleux, protubérantiel ou bulbo protubérantiel, car on a signalé des accidents provoqués par la ponction en pareil cas; si le diagnostic est douteux : agir avec une grande prudence et ne retirer qu'une très légère quantité de liquide ; — le délire de la persécution, car les persécutés pourraient prendre dans la petite opération qu'on leur ferait subir un aliment nouveau pour leurs idées délirantes au grand préjudice de leur état mental. Il est enfin une dernière contre-indication qui n'a rien de spécial aux maladies mentales, et qui est tirée du fait que l'irritation méningée due à la piqûre provoque une réaction assez intense pour que les lymphocytes apparaissent consécutivement dans le liquide céphalo-rachidien ; pour répéter une ponction il faudrait donc attendre que les éléments dus à la première ponction aient sûrement disparu, ce qui s'effectue dans une période de 10 à 15 jours en moyenne.

Les incidents de la ponction lombaire chez les aliénés sont les mêmes que dans tout autre cas : 1° au moment de l'intervention : crampes douloureuses dans les deux cuisses dues au tiraillement de quelques filets de la queue de cheval par l'aiguille ; phénomènes douloureux rapidement fugaces ; 2° après l'intervention : nausées et vomissements (relativement rares dans la ponction lombaire simple) ; céphalée du reste assez difficile à constater dans la catégorie des malades en question. Il semble que les accidents se produisent surtout quand le liquide est normal et quand il s'écoule lentement ; dans ces cas, si minime que soit la quantité retirée, on peut observer des malaises. Au contraire, dans les cas où le cyto-diagnostic montre une lymphocytose pathologique, l'écoulement est beaucoup plus rapide et les accidents ne se produisent pas, même lorsqu'on a retiré une grande quantité de liquide. Ordinairement 2 à 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien suffisent pour un examen cytologique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien se fera dans les 24 heures. On centrifuge, on décante avec soin, on prend à la pipette une partie du culot centrifugé pour l'étaler sur la lame en petite surface, on fixe par la chaleur ou par l'alcool-éther et l'on fait trois préparations colorées, l'une par le triacide d'Ehrlich ; l'autre, par l'hématoxyline-éosine ; la troisième, par le bleu polychrome de Unna. Celle-ci, en cas de lymphocytose, donne les résultats les plus démonstratifs.

Il faut rechercher les différentes formes leucocytaires : 1° les lymphocytes ; 2° les mononucléaires ; 3° les polynucléaires ; 4° les types anormaux.

Quels sont les résultats de la cytoscopie dans les autres affections que les maladies mentales.

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'éléments figurés ; tout au plus peut-on dans certains cas y déceler la présence de quelques lymphocytes, et encore y sont-ils en nombre très restreint.

D'une façon générale on peut dire que les maladies à type polynucléaire sont celles qui affectent une marche aiguë, par exemple : méningite cérébro-spinale. Inversement, les maladies à type mononucléaire sont des maladies à évolution lente avec tendance à la chronicité, comme la tuberculose, la syphilis.

Les recherches cytoscopiques en psychiatrie n'ont pas donné de moindres résultats. C'est ainsi que M. H. Duflos formule dans sa thèse (Paris, 1901), les conclusions suivantes : « *Dans les divers états vésa-* « *niques le cyto-diagnostic est constamment né-* « *gatif;* ce fait est en rapport avec le néant anatomo- « pathologique des psychoses pures. Ce caractère « négatif présente un intérêt de premier ordre pour « le diagnostic entre les psychoses pures et les affec- « tions à substratum anatomique qui peuvent les « simuler, particulièrement la paralysie générale « progressive. Les accès aigus ou subaigus de l'al- « coolisme simulent très souvent, du moins tempo- « rairement, un début de paralysie générale. Le cyto- « diagnostic, négatif dans le premier cas, positif « dans le second, permet de faire un diagnostic « immédiat. » Il en serait de même entre la démence sénile et la paralysie générale. — R. B.

Digitized by Google

La glande surrénale et l'adrénaline. — Dès 1892, M. Huchard (1) proposait l'extrait liquide de capsules surrénales contre la neurasthénie. Ces organes étant en quelque sorte destinés à prévenir la fatigue musculaire et nerveuse, le médecin de Necker s'étonnait qu'on n'eût pas encore songé à utiliser une semblable médication dans les états d'affaissement et de fatigue rapide. On y songe aujourd'hui, tout en oubliant de citer le promoteur de l'idée. MM. Dufour et Rogues de Fursac se louent fort de l'emploi des capsules surrénales dans la neurasthénie (*in* Thèse Brunet, Paris 1902). D'autre part le rôle antitoxique des capsules surrénales s'est étendu. Il ne s'exerce pas seulement à l'égard des poisons musculaires et nerveux, mais aussi sur un certain nombre d'alcaloïdes (nicotine, atropine). C'est là le premier rôle de ces organes. Ils en ont un second : d'influencer le système artériel et d'augmenter la pression sanguine.

On sait que M. Livon (de Marseille) distingue des glandes à action hypertensive et des glandes à action hypotensive. Les capsules surrénales rentrent dans les premières, l'ovaire appartient aux secondes. Les extraits aqueux des capsules surrénales élèvent la pression sanguine, les extraits ovariens abaissent la pression sanguine. Retenons la présence de l'ovaire parmi les organes à effets hypotenseurs. Il nous explique peut-être un fait clinique important : pourquoi les femmes présentent volontiers de l'hypertension à l'époque de la ménopause (H. Huchard). La glande hypotensive, l'ovaire ne fonctionne plus; n'étant plus arrêtés par les effets hypotenseurs de l'ovaire, les effets hypertenseurs des capsules surrénales prennent le dessus. Les femmes à l'âge de retour montrent de l'hypertension habituelle. Cette action hypertensive des capsules surrénales éclaire une autre constatation clinique. L'hypotension est un symptôme addisonien (Barbier et Rispal, congrès de Toulouse, 1902); les capsules surrénales étant dégénérées dans la maladie d'Addison, le suc hypertenseur n'est plus sécrété. Ce sont les principes hypotenseurs sécrétés par d'autres organes qui dirigent la scène morbide. Ces interprétations sans doute ne sont pas encore dûment vérifiées, mais elles s'accordent avec ce que l'on sait de l'action de l'extrait aqueux des capsules surrénales.

Les physiologistes sont même allés plus loin. Ils ont spécifié les parties du système artériel qui sont influencées par ces extraits. Ce sont à la fois le système périphérique et le cœur (Gottlieb in Th. Brunet).

La stimulation du cœur ainsi produite s'exercerait par l'excitation du système ganglionnaire du myocarde. Il s'ensuit une application pratique importante. Dans les cas d'asthénie cardiaque on pourrait employer l'extrait des capsules surrénales. C'est ainsi que Thomas Satterthwait (*The Post. Graduate*, janvier 1902) prescrit l'extrait des capsules (6 à 20 centigr. par jour) à titre de stimulant cardiaque. L'action serait presque immédiate et durerait de 2 à 3 heures. L'action vaso-constrictive a été utilisée dans les hémorrhagies gastro-intestinales (Grünbaum). En cas d'hématémèse, on peut donner une ou deux tablettes, contenant chacune 30 centigr. de l'extrait capsulaire. En cas d'hémorragie rectale, 2 à 3 de ces tablettes délayées dans un lavement produiraient bon effet. M. Brunet cite des hémophtysies qui auraient été améliorées.

Les effets remarquables des capsules surrénales étonneront moins quand on saura qu'on vient d'en isoler une substance alcaloïdique : l'adrénaline. Celle-ci est un vaso-constricteur très énergique : la tension artérielle augmente et des doses infinitésimales suffisent pour produire cet effet (injection intra-veineuse de quelques gouttes d'une solution au vingt millième). Ce produit a été isolé en 1901 par Takamine (de New-York). Il est heureux qu'il n'en faille que des quantités infinitésimales, car le remède est un peu cher. Il vaut deux cent mille francs le kilogramme.

L'action vaso-constrictive du remède lui vaut des propriétés ischémiantes prodigieuses. Appliquée sur la muqueuse nasale, les tissus blanchissent et se rétractent. Des interventions opératoires peuvent être tentées sans qu'il coule une goutte de sang.

La cocaïne agit comme anesthésique local, l'adrénaline sera l'hémostatique local pour les rhinologistes. M. Lermoyez l'a employée avec succès dans sa clinique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des tumeurs vésicales. — Les tumeurs vésicales peuvent être divisées en tumeurs bénignes, dont le polype villeux est le type, et en tumeurs malignes. Tant que la paroi vésicale n'est pas infiltrée, la tumeur reste bénigne, non infectante. Or, la fréquence des tumeurs malignes de la vessie est beaucoup plus grande que celle des tumeurs bénignes.

Le point de départ des tumeurs vésicales malignes a été fort discuté. Pour l'Ecole de Necker ces tumeurs prennent leur origine dans la vessie même; pour Klebs, au contraire, tous les carcicomes de la vessie sont secondaires et proviennent de la prostate, du col de l'utérus ou du rectum. Il semble qu'il faille

(1) *Revue génér. de Clin. et Thérap.*, 1892, p. 721.

Digitized by Google

être éclectique, car si l'on a trouvé, chez les femmes, des néoplasmes vésicaux à point de départ nettement vésical, il n'en est pas moins certain que la grande majorité des tumeurs infiltrées de la vessie chez l'homme reconnaissent une origine prostatique. Il est bien évident que nous n'avons pas en vue les propagations à la vessie d'un néoplasme entièrement développé dans un organe du voisinage et n'infectant qu'accessoirement la vessie, mais bien au contraire les cas où la tumeur vésicale se présente comme autonome sans qu'on puisse microscopiquement rien trouver dans les organes du voisinage.

Cette notion de la fréquence du point de départ prostatique assombrit de suite le pronostic. En effet les tumeurs de la vessie évoluent dans beaucoup de cas avec une grande rapidité ; il est notoire que même les tumeurs anatomiquement bénignes deviennent tôt ou tard d'une gravité extrême et conduisent fatalement à la mort. Quelques auteurs ont cependant parlé de *guérison spontanée* par expulsion complète des masses néoplasiques. M. Armand Polak cite dans sa thèse (Paris 1901), l'observation d'un malade de Desnos, négociant âgé de 48 ans, qui rendit à plusieurs reprises pendant la miction de petites masses dont l'examen histologique détermina la nature épithéliomateuse. Le premier examen cystoscopique révéla une tumeur assez volumineuse pour cacher les orifices urétéraux ; sous l'influence de lavages au bleu de méthylène à 1/100 continués pendant six semaines la tumeur se réduisit à un pédicule assez large surmonté de quelques saillies mamelonnées. Ceci n'empêcha pas du reste des hématuries de se produire plus tard, nécessitant la taille sus-pubienne. En effet, dans tous les cas observés c'est pendant la période la plus aseptique que l'amélioration fait les plus grands grands progrès, et inversement il semble que l'infection vésicale favorise le développement des productions néoplasiques. Il est intéressant de noter à ce sujet que *la physionomie de l'hématurie est influencée par les modifications du milieu intravésical.* Quand la cystite est intense les expulsions de sang presque toujours terminales manquent rarement. Au contraire lorsque la cavité redevient aseptique on voit les hématuries s'espacer, mais elles augmentent d'abondance et reprennent en un mot les caractères classiques qu'on observe chez les néoplasiques.

Le traitement est curatif ou palliatif.

Chaque fois que cela paraît possible, une tumeur vésicale doit être extirpée aussitôt qu'elle est diagnostiquée.

L'intervention ne souffre pas de discussion pour les tumeurs bénignes. Il n'en est pas absolument de même pour les tumeurs malignes. Les résultats sont déplorables. Sur 18 épithéliomes recherchés trois ans après l'opération il n'a été constaté qu'une survie. Cependant le chirurgien ne doit pas refuser l'opération à un malade dont la tumeur n'est pas infiltrée : 1° parce qu'il est quelquefois très difficile de faire à l'endoscope le diagnostic exact de la nature de la tumeur ; 2° parce qu'il y a, quoique rares, des cas de guérison de tumeurs malignes ; 3° parce qu'il est possible qu'avec le perfectionnement de la technique opératoire on arrive à des résultats un peu meilleurs, et cependant actuellement dans la majorité des cas toute la partie malade est enlevée, l'examen des tumeurs enlevées montrant que l'infiltration néoplasique n'a envahi ni le pédicule de la tumeur, ni la sous-muqueuse vésicale.

Au point de vue de la technique opératoire : les tumeurs pédiculées seront enlevées par la méthode de Nitze qui utilise un galvano-cautère spécial formé par un fil de platine monté sur une plate-forme de porcelaine et pouvant aussi facilement brûler dans une vessie pleine que dans l'air.

Dans les autres cas, ou si le chirurgien ne peut se servir de l'instrument de Nitze, il faudra utiliser la taille hypogastrique, soit avec simple excision de la tumeur, soit et mieux avec résection partielle de la paroi vésicale. Tel est le traitement curateur.

Le traitement palliatif sera de mise quand l'examen des organes du voisinage et particulièrement de la prostate permettra de supposer que le néoplasme s'est étendu au-delà de la vessie. Dans ce cas la première chose à faire sera de maintenir la vessie dans la plus parfaite asepsie, car, comme nous l'avons déjà dit, l'infection vésicale favorise le développement des productions néoplasiques. — R. B.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les mélanodermies d'origine biliaire. — MM Gilbert et Lereboullet. Les mélanodermies et pigmentations en apparence spontanées ou provoquées ont, la plupart, une cause essentielle, expliquant la prédisposition spéciale des sujets qui en étaient porteurs : la présence des pigments biliaires dans le sérum sanguin. Ainsi, les nævi-pigmentaire, les grains de beauté, les taches de rousseur existent le plus souvent chez les cholémiques, c'est à-dire chez les sujets dont le sérum renferme des pigments biliaires. Les pigmentations de la grossesse reconnaîtraient la même cause. Les mélanodermies provoquées dépendent souvent d'une pareille origine. Les agents physiques (action du soleil, des caustiques, de la chaleur), produisent surtout la pigmentation chez les cholémiques. De même, les mélanodermies consécutives aux dermatoses, aux parasites. Jusqu'aux mélanodermies de cause interne qui se ren-

Digitized by Google

contreraient surtout chez les cholémiques. La maladie d'Addison, la syphilide pigmentaire, surviendrait chez des sujets peut-être antérieurement cholémiques ; il en serait de même pour la mélanodermie arsenicale ; quant à l'ictère noir, ce serait surtout un ictère avec mélanodermie secondaire.

Anévrisme de la portion ascendante de l'aorte. — MM. Duflocq et Voisin. Il s'agit d'un homme de 55 ans qui, par suite d'un traumatisme sur la nuque (chute d'un sac du poids de 100 kilogrammes, de la hauteur de 3 mètres), sentit un craquement dans la poitrine. Dès le même soir, il remarqua à la partie supérieure du thorax et du côté droit, une tumeur pulsatile de la grosseur d'un œuf de pigeon. Puis survinrent des sensations de brûlure, des engourdissements dans le côté droit et le bras droit. A l'auscultation : souffle systolique très grave et claquement diastolique dû à la chute des sygmoïdes aortiques. Le cœur est hypertrophié. Rien que le repos et des doses modérées d'iodure suffirent pour diminuer les battements de la tumeur.

Sur un cas de contagion de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes. — M. H. Vincent. Il s'agit de ces angines dues à cette double association microbienne, et qui se traduisent par une excavation de l'amygdale recouverte d'un enduit blanchâtre. L'attouchement à la teinture d'iode guérit très rapidement. L'auteur cite un exemple de contagion de cette maladie.

Un cas de mort subite dans l'appendicite. — M. Lion. Une jeune fille, au 13e jour d'une appendicite, semble entrer en convalescence, la fièvre est tombée. Elle meurt subitement au moment où elle se soulevait de dessus le plat bassin où elle venait d'uriner. Peut-être s'agissait-il d'une embolie pulmonaire.

Nouvelles recherches cliniques sur le processus angineux dans la scarlatine, chez les enfants et sur ses irradiations. — MM. Variot et P. Roy. Les auteurs inoculent la plupart des enfants atteints de pseudo-diphtérie ; dans les cas douteux, il ne faut pas hésiter. Mieux vaut inoculer inutilement une pseudo-diphtérie, que de refuser les bénéfices incontestables du sérum à une diphtérie vraie, évoluant en même temps qu'une scarlatine.

Sulfaturie et injections salines sulfatées. — MM. Ch. Achard, Ch. Laubry et Thomas. Le plus ordinairement, les chlorures n'étant pas immédiatement éliminés et restant accumulés dans l'organisme, l'injection n'est suivie d'aucune diurèse aqueuse. Les auteurs, ayant étudié l'élimination des sulfates dans les maladies qui s'accompagnent d'une rétention de chlorures (eau distillée et bouillie, 1 litre ; 15 grammes de sulfate de soude), ont observé que les sulfates étaient éliminés normalement. Ils concluent que l'augmentation de la diurèse dans les maladies aiguës serait plutôt favorisée, à l'aide d'injections sulfatées que chlorurées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte (Voir numéro du 26 avril) continue à soulever une discussion un peu confuse qui « aurait été épargnée par la présentation de la pièce » de M. Tuffier. M. Bazy fait remarquer que l'hémorrhagie secondaire à laquelle a succombé la malade de M. Tuffier, doit être d'origine septicémique, car la gangrène n'existe que quand une ligature est septique, ou quand elle est suivie d'accidents septicémiques ; une ligature aseptique n'est jamais suivie d'hémorragie. Il pense que si l'on eût employé la radiographie stéréoscopique, on eût peut-être pu avoir des renseignements précis sur la forme de l'anévrysme, sur l'existence ou non d'un pédicule.

Un cas d'hallux valgus est rapporté en détail par M. Picqué : L'examen clinique, la radiographie et la constatation au cours de l'opération ont donné les résultats suivants : Augmentation du diamètre transversal du pied (12 cent. au lieu de 9), léger abaissement de la voûte plantaire, le gros orteil dévié en dehors recouvre les deux orteils suivants, sa base n'est en contact avec la tête métatarsienne que sur l'étendue de 1 centimètre, le 1er métatarsien est très dévié en dedans, formant avec le 2e un angle tr s prononcé à sinus ouvert en avant, son extrémité antérieure ne présente aucune augmentation de volume, le 1er cunéiforme est dévié en dedans s'écartant un peu du 2e cunéiforme qui est en place, le scaphoïde n'a pas bougé. Le chirurgien invoqua en faveur de cette déformation une rétraction des muscles abducteurs : il sectionna ces muscles le long de la face latérale externe de l'articulation métatarso-phalangienne et obtint de suite le redressement du gros orteil, la réduction de la luxation. Pour maintenir le gros orteil en place il désinséra le tendon de l'extenseur pour en transplanter son insertion sur la face latérale interne de la première phalange ; plissement par un surjet au catgut du ligament latéral interne très distendu. Résultat immédiat parfait qui s'est maintenu par la suite. Cette observation intéressante par sa précision anatomique et le parfait résultat thérapeutique ne répond pas aux cas classiques d'hallux valgus « dont la lésion gît tout entière sur la tête du métatarsien ». Comme le fait remarquer M. Reynier, le malade était tabétique, la lésion bilatérale quoique plus marquée du côté qui a été opéré, les têtes de tous les métacarpiens très transparents à la radiographie (indice de lésions osseuses). Il s'agissait ainsi d'un trouble trophique portant à la fois sur les os et sur les muscles. Du reste il est de pratique courante que l'hallux valgus classique se rencontre chez les alcooliques, les rhumatisants, les artério-scléreux, chez ceux en somme qui ont des névrites périphériques.

Kyste sanguin paranéphrétique. — Un homme de 22 ans entre d'urgence à La Pitié avec des phénomènes péritonéaux faisant penser de prime abord à une appendicite. Sous chloroforme M. Walther sent une tuméfaction lom-

Digitized by Google

baire. L'opération pratiquée par voie lombaire a révélé un kyste sanguin (environ 1/2 litre de sang et de caillots) siégeant au-dessus du rein, probablement d'un hématome enkysté dont la cause est restée absolument inconnue. M. Brun a opéré de même un petit malade qu'il croyait porteur de sarcôme du rein et sur lequel on rencontra un hématome pararénal dont il n'a pu trouver la cause.

Auto-observation d'appendicite chronique. — Un chirurgien opéré d'appendicite fait présenter son observation : les seuls signes objectifs pendant 10 ans ont été les troubles digestifs avec selles souvent fétides et une fois sanglantes, l'hémisudation du côté droit de la tête et le développement de petites varices plus marquées à droite ; les symptômes subjectifs étaient la fatigue générale, la douleur des jambes plus accusée à droite, avec tiraillements au haut de la cuisse, de fréquentes coliques sans cause apparente et sans localisation précise : on voit combien le diagnostic était difficile dans ces conditions.

Hernie inguinale gauche du cœcum. — Un homme porteur d'une hernie inguinale gauche plus grosse qu'une tête d'adulte, sonore à la percussion, partiellement réductible, se fait opérer par M. Potherat. A l'opération on trouve une masse considérable de grêle facilement réductible et à la partie supéro-interne du sac le cœcum et l'appendice. Ce cœcum était rattaché par un long meso péritonéo vasculaire, se portant de gauche à droite vers la fosse iliaque droite. La cure radicale fut effectuée sans difficulté. Pour éviter la formation d'un espace vide où les liquides auraient pu facilement s'accumuler, M Potherat réséqua une très grande étendue des parois cutanées et celluleuses qui recouvraient la hernie. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Académie de médecine (*12 mai*). — Malade lors de la discussion sur la chloroformisation, M. Laborde revient aujourd'hui sur ce sujet. Il préconise comme traitement préventif des accidents chloroformiques l'injection sous-cutanée suivante ;

Morphine	10 centigr.
Sulfate d'atropine	1 —
Spartéine	1 gramme.
Eau distillée	10 cent. cubes.

Chaque seringue renferme 1 centigr. de morphine, 1 milligr. d'atropine, 10 centigr. de spartéine, les deux premiers remèdes agissant comme modérateurs de l'émotivité du malade et de l'excitabilité réflexe ; la spartéine, elle, agissant comme tonique cardiaque. On peut remplacer la morphine par la narcéine à doses doubles, triples, quadruples. Deux, trois, quatre centigrammes de narcéine peuvent être injectés sans inconvénients.

M. Fiessinger, à propos de la récente loi sur la santé publique, démontre quelles ressources précaires elle offre en certains de ses articles. En cas d'épidémie, les maires doivent aviser le préfet. Mais si le maire, redoutant les dépenses des travaux nécessaires, nie l'épidémie, si pourvu au surplus d'une fonction élective qui lui assure de l'autorité — député ou sénateur — il n'entend pas qu'il soit parlé de cette épidémie, que pourra bien faire le préfet ? Si ce fonctionnaire remplit son devoir, il risque de perdre sa position. M. Fiessinger cite à ce propos l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit depuis huit ans dans une petite ville de province.

Des centaines de malades — près de 800 — ont payé leur tribut au mal. De nombreuses familles sont en deuil. Rien n'a été fait ou presque rien. L'épidémie provient d'une infection de la source qui alimente la ville. La source jaillit d'une montagne au faite de laquelle avaient été soignés des typhoïdiques. Un ruisseau qui part du haut de la montagne pour rejoindre la source à travers un conduit souterrain a opéré la contamination.

M Chantemesse connaît cette épidémie. Il avait été mandé sur les lieux. Il corrobore la véracité des faits allégués et ajoute que tant que les ministres dépendront du Parlement, il y aura à craindre, comme dans le cas présent, les conflits de l'hygiène et de la politique.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies nerveuses (diagnostic, traitement), par J. Virès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface par le Pr Raymond. Paris, Masson édit., 610 p.

M. le Pr Raymond a écrit la préface de ce livre. Il a raison de le présenter et de le recommander au public médical, car le volume est conçu dans un esprit intelligent et qui tient compte des nécessités pratiques. Le médecin ne vaut que par la thérapeutique ; c'est elle qu'il doit connaître et appliquer avec discernement. Seulement il n'arrivera à faire de la bonne thérapeutique qu'à condition de poser des diagnostics précis et fermes. M. Virès a montré combien dans ce domaine des maladies nerveuses, si ingrat aux yeux du grand nombre, en tant que terrain thérapeutique, il a montré combien le praticien avait tout de même d'armes efficaces à sa disposition et de quels heureux effets pouvait être suivie une intervention active de sa part. L'ouvrage est disposé par ordre alphabétique : chaque maladie est exposée dans son tableau clinique, auquel fait suite un développement thérapeutique très détaillé et où les renseignements utiles sont groupés avec méthode et clarté.

De l'Emplatre et du Baume Opodeldoch, par le Dr Paul Fabre (de Commentry). (Steinheil, édit.).

Voici une brochure d'histoire médicale et pharmaceutique, curieuse à divers titres. Il s'agit du baume Opodeldoch. D'abord, d'où vient ce nom bizarre ? Le grec *opos* signifie suc, mais deldoch qui fait la seconde moitié du mot, qu'est-ce que cela veut bien dire ? Nul ne le sait. Paracelse, parrain et créateur du mot, ne nous a pas renseignés. Aussi bien le remède est excellent, et il doit sa fortune à un assemblage efficace : la présence du savon et de l'ammoniaque qui, en décapant la surface de la peau, permet la pénétration des substances stimulantes. L'histoire de

Digitized by Google

la médecine offre un champ toujours ouvert. Les patientes et curieuses recherches de M. le Dr Paul Fabre en défrichent heureusement des territoires complètement inexplorés avant lui.

Atlas-manuel de chirurgie orthopédique par les professeurs Lerning et Sebulthess. Edit. française par le Dr Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1902, 1 vol. in-16 de 347 p., avec 250 fig. et 16 pl. col., relié maroquin souple, tête dorée. 10 fr. (J. B. Baillière).

En France il n'existait pas d'ouvrage d'orthopédie résumant assez succintement nos connaissances; le praticien et l'étudiant était tenus de parcourir de gros volumes pour se faire une opinion. Ici, dans un volume élégant, ils auront tout de suite sous la main et illustré avec luxe de planches en couleur et de dessins démonstratifs le renseignement qui leur est nécessaire. Le traitement des scléroses, du mal de Pott, du torticolis, des difformités des membres inférieurs sera consulté avec fruit.

La syphilis, chancre et syphilis secondaire, par le docteur Voizelle (collection Léauté), Masson édit., 3 fr.

Bonne étude du chancre et de la syphilis secondaire et qui rendra un grand service à ceux qui veulent avoir dans un format élégant et commode un exposé de la question.

Les champignons parasites de l'homme, par E. Bodin (Encyclopédie Léauté), 3 fr.

Résumé en un seul volume, dans la même collection que le précédent, de toutes les maladies (teigne, muguet, etc.) dues à un champignon parasite. L'ouvrage est complet et condense dans une série de chapitres successifs une série de points qui étaient jusqu'aujourd'hui épars dans les gros traités.

Le tabac, son histoire, sa production, sa consommation, son rôle au point de vue économique, son influence sur la santé physique, intellectuelle et morale de l'enfant et de l'adulte. — Moyens de combattre le tabagisme; action des particuliers et action de l'Etat, — par Jules Denis. 1 vol. in-8° de 120 pages avec figures et graphiques, 2 fr. 50. — Octave Doin, édit.

THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE

Nouveau traitement des affections cutanées et prurigineuses et des névralgies.

Eczéma, eczéma prurigineux, prurigo d'Hébra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire, prurit des parties génitales, urticaires, pityriasis, etc., etc., et névralgies faciale, intercostale, sciatique, etc.

M. le Dr Butte, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, a communiqué à l'Académie de médecine, le 8 avril 1902, le traitement de ces affections par l'extrait de guaco.

Voici comment il convient d'appliquer ce traitement dans la pratique :

Employer à la fois, à l'intérieur et à l'extérieur, la *Nisaméline de Trouette-Perret*. Le traitement interne se fera par le *Sirop* ou par les *Pilules de nisaméline de Trouette-Perret*; le traitement externe se fera par des bains, lotions ou compresses préparées avec la *Poudre de nisaméline de Trouette-Perret*.

Ce sont les préparations de nisaméline de Trouette-Perret, à base d'extrait de guaco, qui ont servi à M. le Dr Butte pour ses expériences.

A. Traitement interne.

On peut employer à volonté le *Sirop de nisaméline* ou bien les *Pilules de nisaméline de Trouette-Perret*.

Doses du sirop : une à deux cuillerées à soupe de sirop de nisaméline à chacun des deux principaux repas, soit deux à quatre cuillerées à soupe de sirop par jour. On pourra augmenter ces doses sans aucun inconvénient.

Doses des pilules : deux à quatre pilules à chaque repas, en mangeant soit quatre à huit pilules environ par jour. On pourra augmenter sans inconvénient, et jusqu'à effet, le nombre de pilules à prendre chaque jour.

B. Traitement externe.

Suivant la nature ou l'étendue du mal, on prendra un grand bain ou un bain partiel, dans lequel on mettra de la *Poudre de nisaméline de Trouette Perret*, ou bien on lotionnera la partie malade avec une dissolution de cette poudre, ou bien on appliquera des compresses trempées dans la dissolution de la poudre :

1° Le *bain* se prépare en versant dans un grand bain tiède, soit un demi-flacon, soit un flacon entier de *Poudre de nisaméline de Trouette-Perret*. La solution de la poudre est instantanée, elle n'altère aucun récipient;

2° La *lotion* se prépare en mettant trois ou quatre cuillerées à café, et plus, de *Poudre de nisaméline de Trouette-Perret* dans un demi-litre d'eau tiède. On se servira de la même solution pour tremper les compresses à appliquer sur la partie malade. Ne pas se servir d'eau plus chaude que la température du corps.

Il est important de se rappeler que l'innocuité de la nisaméline permet d'augmenter, *jusqu'à effet*, les doses indiquées ci-dessus. — E. L.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Professeur G. Hayem

De l'aérophagie (1)

Il y a environ quatre ans, je vous ai présenté deux malades atteints d'aérophagie (2) ; l'un d'eux a fait, un an plus tard, un second séjour dans notre service, puis nous a définitivement quittés ; l'autre est revenu dans nos salles le 30 décembre dernier (1901) et se trouve encore au n° 37 de la salle Béhier.

Il est toujours intéressant de revoir, à échéance plus ou moins longue, les malades de ce genre : il en est, en effet, des gastropathies comme de toutes les affections chroniques, qui ne sont bien connues qu'autant qu'on en peut suivre l'évolution. En examinant de nouveau notre malade, j'aurai l'occasion de compléter ce que j'ai, à diverses reprises, dit de l'aérophagie, névrose curieuse dont l'étude a donné lieu à de récents travaux.

Notre malade est un peintre en bâtiment, âgé aujourd'hui de 30 ans ; son père et sa mère sont morts de tuberculose ; il n'a qu'un frère de 28 ans, bien portant. Lui-même a eu la rougeole dans son enfance, à deux reprises différentes, dit-il.

Vers l'âge de 15 ans, il a été atteint de fièvre typhoïde. A 20 ans, il a été soigné pour une gastro-entérite ayant duré plus d'un an et ayant nécessité à trois reprises différentes un séjour à l'hôpital. Il était dans le service de M. Debove, à Andral.

A 21 ans, il a présenté pour la première fois des symptômes d'intoxication saturnine; il a été traité à la Charité pour des coliques de plomb. Il avait commencé son métier de peintre à 16 ans.

Au cours de son service militaire, il a eu deux blennorrhagies pour lesquelles il s'est fortement médicamenté. Il a fait à cette époque des excès alcooliques.

A sa sortie du régiment il a eu une troisième blennorrhagie.

Les premiers troubles digestifs qu'il a ressentis remontent à sa fièvre typhoïde, c'est-à-dire à l'âge de 15 ans ; dans une rechute de cette maladie il aurait eu une hématémèse, mais c'est surtout depuis sa gastro-entérite qu'il a commencé à souffrir de l'estomac.

Au début, il éprouvait des pesanteurs, des digestions pénibles, des renvois gazeux après les repas, accompagnés parfois de palpitations.

A ces premiers symptômes se sont bientôt ajoutées des brûlures le long de l'œsophage, des régurgitations acides avec pyrosis, prenant souvent les caractères de véritables vomituritions.

Au mois de juin 1897, l'état, jusque-là à peu près stationnaire, s'est assez subitement aggravé ; il s'est produit de véritables symptômes d'indigestion, traduisant sans doute une poussée de gastrite subaiguë.

Dans la journée, peu de temps après son déjeuner, le malade était pris, comme précédemment, de pesanteurs, de brûlures, de renvois très acides, persistant jusqu'au dîner ; mais de plus, à ce moment, ou plus exactement d'une demi-heure à deux heures plus tard, survenait une sorte de crise caractérisée par des malaises très pénibles, une douleur sourde à l'épigastre, des éructations gazeuses, suivies de régurgitations abondantes et répétées, aboutissant au rejet d'une bouillie alimentaire très acide, agaçant les dents. Presque toujours il s'agissait de vomituritions simples survenant sans effort par un mécanisme analogue à l'acte du mérycisme, mais assez souvent aussi il y avait des vomissements vrais. Quand l'estomac était vide, le malade rendait un liquide muqueux n'ayant jamais contenu ni bile ni sang.

La crise durait 1 heure et plus.

La durée et l'intensité en étaient peu influencées par le régime alimentaire. Seul le lait était un peu mieux toléré que les autres aliments.

On conçoit aisément que devant l'importance de ces troubles le malade ait songé à se soigner. Depuis le mois de juin, il est entré dans plusieurs services, il s'est beaucoup médicamenté, son état a empiré.

A partir du 10 décembre de la même année, un nouveau symptôme a fait son apparition : il s'est produit un ballonnement progressif du ventre, ballonnement, permanent s'exagérant d'une façon passagère vers 5 ou 6 heures du soir, immédiatement avant le dîner.

De plus les éructations, déjà très abondantes, mais irrégulièrement réparties dans tout le cours de la journée, sont devenues plus nombreuses et ont pris un caractère paroxystique, en même temps qu'il y avait rejet de gaz plus fréquent par l'anus.

Le 28 décembre le malade a eu à deux reprises une très violente crampe stomacale, avec formation d'une boule (?) se dessinant passagèrement sous la paroi abdominale. Il était entré la veille dans notre service où il est resté jusqu'au mois de mars 1898. C'est pendant cette période que nous l'avons étudié.

Malgré l'ancienneté de son affection, il était encore très robuste et avait une excellente mine. Il avait cessé son travail depuis plusieurs années et n'avait pas eu de coliques de plomb depuis 1891 et pourtant il présentait un liseré gingival très net.

De notre examen clinique, complété par des analyses chimiques, nous avons pu conclure, alors, à

(1) Leçon du 1er février 1902, recueillie par le Dr C. Ghika, ancien interne des hôpitaux.

(2) Leçon du 5 février 1898, publiée dans le *Journal des Praticiens*, le 6 août 1898.

Digitized by Google

l'existence d'une gastropathie de vieille date, relevant de causes multiples : maladies infectieuses, abus de médicaments, excès alcooliques, intoxication saturnine, tabagisme. Il s'agissait d'un cas d'hyperpepsie chloro-organique sans ralentissement marqué des digestions, avec liquide à jeun très peu abondant, chlorurique.

Nous avons reconnu, d'autre part, que sur cette gastropathie ancienne s'était greffée une névrose, l'aérophagie, se manifestant par deux ordres de signes : du tympanisme gastro-intestinal et des crises d'éructation.

Traité par un régime sévère, de l'eau de Carlsbad artificielle, du bromure de potassium en lavement, des douches, le malade nous a quittés un peu amélioré, mais toujours tympanisé.

Il s'est rendu ensuite à Clermont-Ferrand où il a repris son métier de peintre, mais il a eu une rechute rapide avec intolérance gastrique ; il est entré en 1899 à l'hôpital de cette ville, il y est resté dix mois et a été traité par le régime lacté, des lavages de l'estomac, de l'eau de Vichy, du bismuth.

Chargé, pendant son séjour, de faire des travaux de peinture dans une des salles, il aurait eu une nouvelle colique de plomb.

En quittant l'hôpital, il est revenu à Paris ; pendant cinq mois il s'est senti amélioré, mais comme il continuait à avoir des brûlures et des vomituritions, il s'est mis à prendre du bicarbonate de soude à la dose quotidienne d'une à deux cuillerées à café, 7 à 8 fois par jour ; ce médicament lui procurait un soulagement momentané; aussi, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis la fin de l'année 1899, n'a-t-il pas cessé d'en prendre.

Il en est résulté un affaiblissement marqué et un amaigrissement très appréciable. Dans ces six derniers mois il aurait eu une perte de poids de 20 à 25 livres, ce qui me paraît un peu exagéré.

L'usage ou, plus exactement, l'abus des alcalins n'a pas empêché notre malade d'avoir des troubles gastriques permanents (pesanteurs, brûlures, renvois très acides) et des crises de plus en plus fréquentes, caractérisées toujours par des séries d'éructations, des régurgitations répétées, des vomituritions et même des vomissements alimentaires muqueux ou bilieux. Il y a un an environ, à la suite d'efforts violents, il s'est produit à deux reprises des vomissements de sang noir, couleur chocolat, peu abondants, qui ne se sont pas répétés depuis.

Les crises n'ont jamais été excessivement douloureuses.

Elles ont toujours débuté par une douleur stomacale sourde, mais qui plus tard avait tendance à s'effacer, sauf lorsque l'estomac s'était entièrement vidé de son contenu. A ce moment, les vomissements devenaient difficiles, pénibles: mais, même alors, il n'y a jamais eu de douleurs atroces, comme dans les grandes crises gastriques. Depuis deux ans les douleurs irradient dans le dos.

Le malade a eu quelquefois plusieurs crises dans une seule journée, crises parfois nocturnes ; d'autres fois il est resté un et même deux ans sans crises douloureuses, mais dans ces intervalles il a toujours eu le ventre ballonné, des renvois gazeux et des régurgitations. Ces malaises ont toujours été plus marqués la nuit.

Depuis le 30 décembre 1901, date du retour du malade dans notre service, les vomissements ont d'abord diminué, puis ont disparu complètement depuis 8 jours.

L'appétit, qui avait beaucoup baissé, a repris.

Quant aux autres symptômes, ils sont restés ce qu'ils étaient autrefois.

Nous nous trouvons en présence d'un homme assez robuste, non anémié, moins fort cependant qu'il y a 4 ans; les masses musculaires sont un peu fondues, tout travail provoque de la fatigue, l'amaigrissement est manifeste. La peau est assez pigmentée à la face, particulièrement sur le front, parce qu'autrefois le malade était constamment exposé au soleil.

La température, tout à fait normale aujourd'hui, était de 38° le jour de l'entrée, peut-être sous l'influence d'une légère poussée grippale.

Le malade affirma que la recrudescence, depuis deux ans, de ses troubles dyspeptiques n'est pas due à des excès alcooliques ou autres: il ne fume que deux sous de tabac par jour.

Il est toujours très constipé.

Il présente un très léger liseré gingival, mais beaucoup moins marqué qu'il y a 4 ans; les dents sont en assez bon état, la langue est un peu blanchâtre.

Quand on découvre le malade, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'augmentation de volume du ventre, contrastant avec la maigreur relative du reste du corps.

L'abdomen est bombé d'une façon uniforme ou presque uniforme : la voussure, en effet, est un peu plus marquée à la région épigastrique ; les flancs ne sont pas étalés, il n'y a pas de circulation collatérale. Il n'existe aucune douleur ni à la palpation, ni à la percussion, sauf au niveau de l'épigastre.

Le ventre est tendu, élastique; le son en est clair, même dans les parties déclives ; il n'y a donc pas trace d'ascite mais seulement du tympanisme généralisé.

Souvent, dans les dyspepsies flatulentes, on trouve une différence de son entre l'estomac et l'intestin. Chez notre malade cette différence est minime, tout au plus la tonalité du son est-elle un peu plus élevée

Digitized by Google

dans la région épigastrique, ce qui, joint à la voussure un peu plus accentuée de cette même région, permet seul de soupçonner la limite inférieure de l'estomac ; on ne produit, en effet, ni bruit de percussion ni bruit de clapotage à cause de la trop forte tension de la paroi.

La matité hépatique est sensiblement normale.

Le foie n'est pas douloureux.

La rate ne peut être délimitée.

Du côté des autres appareils, il importe de signaler l'éclat exagéré des bruits du cœur, en particulier du second bruit, phénomène qui s'observe toutes les fois que l'estomac est fortement distendu par des gaz; ce dernier agit alors comme une caisse de résonnance en renforçant les bruits cardiaques.

On observe également de rares intermittences dues vraisemblablement aussi au tympanisme abdominal.

Les poumons, les reins, les organes génitaux sont sains : on note seulement dans la région inguinale gauche une cicatrice linéaire due à une cure radicale de hernie faite à l'âge de 18 ans.

Un point sur lequel il est utile d'insister, c'est, en apparence du moins, l'intégrité parfaite du système nerveux.

Le malade ne présente aucun stigmate d'hystérie, aucun signe de neurasthénie, ce n'est certes pas un névrosé, un mental, un psychopathe. Il n'a actuellement aucun trouble moteur — malgré son saturnisme chronique il n'a jamais eu de paralysie, — enfin il n'accuse aucun symptôme morbide du côté des organes des sens et de la sensibilité générale.

Seul le réflexe pharyngien est aboli, ce qui n'a pas grande signification ; les réflexes patellaires sont un peu exagérés.

Tels sont les signes que nous fournit l'examen clinique du malade.

Comme toujours nous les avons complétés par des recherches de laboratoire : nous avons fait faire une analyse du suc gastrique et un examen des urines.

Je vous donne ici les résultats de ces analyses en vous mettant en regard les chiffres que nous avions observés lors du précédent séjour de notre malade dans le service.

ANALYSE DU SUC GASTRIQUE

3 février 1898	31 janvier 1902
Liquide extrait à jeun	*Liquide extrait à jeun*
T = 0,378	T = 0,264
F = 0.284	F = 0,211
$\frac{T}{F}$ = 1,34	$\frac{T}{F}$ = 1,25
H = 0	H = 0
C = 0,096	C = 0,053
H+C = 0,096	H+C = 0,053
A = 0,071	A = 0,365
α = 0,73	α = 0,68
Liquide peu abondant, muqueux, renfermant des traces de peptones et un peu de bile due à la régurgitation duodénale.	Liquide peu abondant, trouble, muqueux, filant, légèrement *sanguinolent*, renfermant des traces de peptone et donnant une réaction lactique.
Examen après le repas d'épreuve. (tubage en série)	
1° Extraction au bout de 30 minutes	
T = 0,365	
F = 0,164	
$\frac{T}{F}$ = 2,22	
H = 0,019	
C = 0,183	
H+C = 0,201	
A = 0,182	
α = 0,89	
Liquide peu abondant, mal émulsionné. Peptones assez abondantes. Syntonine. Réaction lactique.	
	16 janvier 1902.
2°) Extraction au bout de 60 minutes.	Extraction au bout de 60 minutes.
T = 0,430	0,525
F = 0,156	0,098
$\frac{T}{F}$ = 2,75	5,37
H = 0,029	0,212
C = 0,255	0,215
H+C = 0,284	0,427
A = 0,237	0,386
α = 0,81	0,80
Liquide abondant, bien émulsionné. Peptones abondantes. Pas de réaction des acides gras.	Liquide très abondant. Peptones. Pas de liquide à jeun ce jour-là, tandis que le 31 on en a obtenu un peu.
3°) Extraction après 90 minutes.	
T = 0,372	
F = 0,182	
$\frac{T}{F}$ = 2,04	
H = 0,18	
C = 0,172	
H+C = 0,190	
A = 0,139	
α = 0,70	
Liquide peu abondant. Mêmes caractères.	

ANALYSE DES URINES

29 janvier 1898.	31 janvier 1902.
Volume 1.000 cent. cubes	1.000 cent. cubes.
Odeur ammoniacale	*sui generis.*
Couleur jaune ambré	

Digitized by Google

Aspect trouble		limpide.
Dépôt, phosphate ammoniaco-magnésien et urates		
Réaction, alcaline		acide.
Densité	1,018..	
Acidité (en $SO^4 H^2$)	..	1,127
Chlorures (en Na Cl)	3 gr. 20..	2,317
Phosphates (en $P^2 O^5$)	2 gr. 28..	1,512
Urée	21 gr. 43..	16,913
Acide urique	0 gr. 38..	
Albumine	0 gr. 00..	traces (?)
Mucine, *Peptones*, *Pigments biliaires*, *Urobiline*	0 gr. 00..	0
Sucre		
Indican, quantité très appréciable.		

Les analyses d'urine ne nous apprennent rien de bien intéressant : tous les chiffres sont faibles, il n'est pas sûr d'ailleurs que les urines aient été recueillies avec tout le soin nécessaire.

L'examen du suc gastrique nous montre qu'au lieu d'une hyperpepsie chloro-organique, sans ralentissement marqué des digestions, nous avons aujourd'hui une hyperchlorhydrie d'emblée, très accentuée avec sécrétion très abondante et liquide à jeun inconstant, chlorurique simple, représentant un résidu de digestion comme on en voit souvent dans les gastrites chroniques anciennes.

Cette exagération du type stomacal préexistant indique un état d'excitation beaucoup plus grand, dû non seulement aux progrès de la maladie, mais aussi et surtout, à l'abus du bicarbonate de soude. Je l'ai dit souvent et je n'hésite pas à le répéter, l'usage excessif de ce médicament est la cause des cas d'hyperchlorhydrie les plus forts et les plus complets que l'on puisse observer.

Avec ces renseignements pouvons-nous poser un diagnostic ferme ?

D'abord, au point de vue anatomique, il n'est pas douteux que nous ayons affaire à une gastrite chronique à forme parenchymenteuse pure, ou plus vraisemblablement mixte. Mais ce n'est pas tout. Les caractères de la douleur (qui, depuis deux ans, irradie dans le dos), la fréquence plus grande des vomissements, les deux petites hématémèses qui se sont produites il y a un an, et enfin la présence d'une certaine quantité de sang dans le liquide retiré à jeun, le 31 janvier dernier, tout cela nous permet de nous demander s'il n'existe pas en même temps un ulcère chronique. Cette hypothèse est vraisemblable; elle ne peut être repoussée par des arguments sérieux.

Nous la considérerons donc comme possible, sans nous attarder à la discuter, car nous avons hâte d'arriver au point qui fait plus spécialement l'objet de cette leçon, je veux parler de l'aérophagie qui est venue se greffer sur la gastropathie ancienne.

Il s'agit bien, chez notre malade, d'aérophagie et non de productions gazeuses dues à des fermentations anomales. Les gaz de fermentation, en effet, ont une odeur fétide ou d'œuf pourri, ils ne se produisent que dans des cas de digestion très prolongée, pour ainsi dire indéfinie, c'est-à-dire dans des cas de sténose ; ils sont d'ailleurs rares, car quelques lavages suffisent à les faire cesser, lorsque la fréquence et l'abondance des vomissements ne s'opposent pas à la stagnation prolongée des aliments.

Or ici, les gaz ne sont pas odorants, nous ne trouvons ni sténose, ni digestion très prolongée ; il n'y a pas de liquide à jeun ou seulement, de temps en temps, un peu de liquide chlorurique simple.

Le tympanisme et les éructations ne peuvent donc relever que de la déglutition d'air : notre malade est un aérophage.

Je vous ai dit, une première fois en février 1898, et plus tard en 1900, dans une leçon sur les gastro-névroses organopathiques, que l'aérophagie pouvait se présenter sous des formes diverses.

Je crois utile de vous rappeler quelles sont ces formes : nous saurons ainsi dans quelle catégorie nous devrons placer notre malade.

L'aérophagie est une névrose, tantôt primitive, tantôt secondaire. Primitive, elle ne survient que chez des hystériques avérés, dans la grande hystérie des jeunes filles, par exemple. Or, même chez ces sujets, il est possible que l'état gastrique prédispose à cette manifestation. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire en dehors de l'hystérie légitime et primitive, l'aérophagie se greffe toujours, secondairement, sur une gastropathie d'ancienne date, quelquefois simple, d'autres fois compliquée (d'ulcère chronique, de ptoses, de troubles statiques divers).

Cette opinion que j'ai toujours défendue, a été adoptée dans deux récentes communications faites à la Société des hôpitaux, par MM. A. Mathieu et R. Follet (1), et par M. Soupault (2).

La forme anatomique de la gastropathie ainsi compliquée d'aérophagie, est variable.

Les désordres nerveux surviennent sans cause bien précise. D'ailleurs la névrose se montre cliniquement sous plusieurs types qui paraissent avoir chacun des causes particulières. A cet égard, on doit distinguer les deux formes suivantes : l'aérophagie simple et l'aérophagie avec spasmes éructants.

(1) A. Mathieu et R. Follet. Etude sur l'aérophagie (fausse flatulence aérophagique. Rot en salve. Rot à déclanchement). *Soc. Méd. des hôpitaux*, 1er mars 1901.

(2) Soupault. Sur l'aérophagie et la dyspepsie flatulente. *Soc. Méd., des hôp.* 8 mars 1901.

Digitized by Google

L'aérophagie simple, quoique d'une très grande fréquence, est méconnue des auteurs, ou plutôt elle se trouve comprise dans l'état désigné sous le nom de dyspepsie flatulente, qui serait mieux dénommée tympanitique.

Cette forme n'est que l'exagération d'un fait physiologique. Normalement, en effet, nous déglutissons de l'air avec les aliments, les boissons et, en dehors des repas, en avalant notre salive, de façon probablement à maintenir un certain équilibre entre la pression intra-abdominale et la pression atmosphérique.

Lorsque cette déglutition d'air devient trop forte, la dyspepsie, dite flatulente, prend naissance. Elle survient chez les gastropathes de vieille date, quelquefois neurasthéniques, d'autres fois sans symptômes extra-stomacaux, ayant généralement un suc gastrique pauvre, peu abondant, une digestion courte, ce qui indique des glandes plus ou moins atrophiées. Le type chimique est tantôt celui de l'hypopepsie ou de l'apepsie, lorsque les glandes sont très atrophiées, tantôt celui de l'hyperpepsie à faible sécrétion, quand les glandes, toujours peu nombreuses, contiennent encore des cellules actives en état d'irritation.

La cause provocatrice du développement de la névrose est le plus souvent directe, c'est quelquefois l'usage exagéré d'aliments irritants, mais plus fréquemment encore c'est la gastrite médicamenteuse, l'abus des purgatifs, par exemple, car ces malades sont ordinairement des constipés. A côté de ces causes, en quelque sorte banales, il faut noter l'influence de l'obésité et surtout de l'obésité localisée plus spécialement à l'abdomen.

Les obèses ventripotents, pour une raison statique qui m'échappe, deviennent très souvent des avaleurs d'air; il semble que leur ventre ait besoin d'être distendu par des gaz.

Il est facile de saisir le moment où l'air pénètre dans l'estomac. Si, en effet, on applique un stéthoscope sur la région épigastrique, on entend, environ une fois par minute, un bruit de glou-glou caractéristique et l'on constate en même temps, par un doigt placé sur le cartilage thyroïde, qu'immédiatement avant que ce bruit se produise, le larynx se soulève, preuve évidente que la pénétration d'air est la conséquence d'un mouvement de déglutition.

Cette manœuvre, indiquée par M. Bouveret (1), nous éclaire donc, à la fois, sur la réalité du phénomène et sur son mécanisme.

Les symptômes observés dans cette forme d'aérophagie varient un peu suivant que la déglutition d'air est plus ou moins intense et suivant aussi que le pylore se laisse ou non forcer.

(1) Bouveret. Spasmes cloniques du pharynx. Aérophagie hystérique. (*Revue de Médecine*, 1891, p. 148.)

On peut, sous ce dernier rapport, décrire une forme *gastrique pure* et une forme *gastro-intestinale ou généralisée*. Dans la première, la distension de l'estomac est prédominante : la région épigastrique est seule bombée ; dans la seconde, l'estomac est très distendu, mais l'intestin est également ballonné : l'abdomen a la forme d'une outre et donne dans toute son étendue, surtout au niveau de l'épigastre, un son tympanitique, à tonalité généralement plus élevée dans l'espace de Traube.

Les symptômes dans cette forme sont ceux que présente notre malade ; chez les sujets maigres ils sont faciles à constater ; chez les obèses ils peuvent ne pas attirer suffisamment l'attention : le gros ventre est mis exclusivement sur le compte de la surcharge graisseuse. La présence de l'air peut cependant être reconnue par la percussion et assez souvent par l'existence, après les repas, d'un bruit de succussion hippocratique à timbre métallique.

Dans la forme gastrique pure, due à ce que le pylore se laisse difficilement franchir par les gaz, les malades éprouvent de la pesanteur, de la gêne après les repas, ils ont besoin de se déboutonner, ils sont soulagés par quelques éructations dont ils n'ont pas conscience ; mais ils n'ont pas de crises éructantes.

Dans la forme généralisée, dès que l'estomac a acquis un certain degré de distension, le pylore s'ouvre ; il cède plus facilement que le cardia : les éructations sont insignifiantes ; elles peuvent même faire défaut, par contre il y a rejet de gaz abondants par l'anus, gaz presque toujours inodores, véritables « décharges d'artillerie ».

La tension exagérée de l'abdomen peut entraver le jeu du diaphragme, d'où gêne plus ou moins marquée de la respiration et de la circulation. Les malades éprouvent de la dyspnée d'effort, ils s'essoufflent facilement, surtout lorsqu'ils se livrent à un travail fatigant. Il en est ainsi, par exemple, des médecins, obligés par leur profession de monter sans cesse des escaliers. Aussi ne tardent-ils pas à se croire atteints d'une maladie de cœur, et les signes observés à l'auscultation semblent leur donner raison : les bruits ont un timbre plus éclatant, surtout le second bruit ; il y a parfois de l'arythmie ; quelquefois enfin le cœur, à chacune de ses contractions, repousse brusquement l'estomac distendu par des gaz et des liquides et détermine ainsi un bruit rythmique, que j'ai comparé à un « bruit de moulin ».

Les malades tourmentés par ces accidents ne sont encore que des faux cardiaques, susceptibles de guérir par une cure gastrique appropriée. Mais si on les traite comme de vrais cardiaques, si on les bourre de digitale et de caféine, on aggrave encore leurs troubles dyspeptiques et, pour peu qu'ils con-

Digitized by Google

tinuent à se surmener ils finissent par avoir un cœur forcé et, par conséquent, une cardiopathie réelle.

C'est vous dire l'importance qu'il y a à reconnaître dès le début l'origine et la cause de ces symptômes cardio-pulmonaires.

Les aérophages éructants que j'oppose aux aérophages simples sont plus nettement des névropathes. En raison même de leurs éructations, ils ont attiré plus fortement l'attention ; ils sont donc mieux connus. Ils se présentent sous deux aspects différents : les *non tympanisés* et les *tympanisés*.

La forme sans tympanisme est de beaucoup la plus fréquente, c'est elle qui a servi de type pour la description des auteurs. Le second malade que je vous ai présenté en 1898, en était un exemple remarquable.

Les éructations se font par divers mécanismes que je vous ai décrits dans ma leçon de 1898. Je n'y reviendrai pas. Elles se produisent par crises plus ou moins intenses, plus ou moins espacées, parfois très rapprochées, presque incessantes, sous forme d'une véritalle « salve », pour me servir de l'expression très juste de MM. Mathieu et Follet. La crise est précédée par une distension plus ou moins marquée de l'estomac par de l'air dégluti ; pendant la crise, il y a pénétration de nouvelles quantités d'air par suite d'une sorte d'aspiration, et lorsque les éructations se succèdent coup sur coup, rapidement l'air est rejeté par un véritable va et vient avant de pénétrer dans l'estomac : on a alors une éructation œsophago-pharyngienne, absolument comme dans l'hystérie la mieux caractérisée. MM. Mathieu et Follet ont vu, pendant les crises, l'estomac se distendre par l'air dégluti comme si on avait pratiqué une insufflation. Je n'ai observé cet état qu'en dehors des crises. J'ai vu plus souvent l'estomac légèrement tendu, mais petit, ne dépassant pas l'ombilic. Il y a, en effet, pendant la crise, contracture des muscles grands droits, à tel point que le creux épigastrique est souvent enfoncé, le ventre est divisé en deux comme par une corde tendue un peu au-dessus de l'ombilic.

M. Soupault fait remarquer que, dans cette forme d'aérophagie, les malades avalent de l'air intentionnellement pour pouvoir éructer, parce qu'ils ont reconnu que les éructations les soulagent. Si, en effet, celles-ci ne sont, le plus souvent, ni fatigantes, ni douloureuses, il arrive parfois qu'au début de la crise elles sont accompagnées ou plutôt précédées de sensations presque gastralgiques, sensations qui cessent après une série de renvois.

Pour M. Soupault, le caractère intentionnel de la déglutition d'air est l'élément distinctif essentiel entre l'éructation des gastropathes névrosés et l'éructation hystérique. Cela est vrai dans certains cas : les malades se sachant soulagés après quelques renvois tombent dans un état mental particulier qui leur fait éprouver un besoin impérieux de rejeter des gaz empruntés forcément à l'air extérieur. Après s'être appliqués pendant quelque temps à cet exercice, ils se mettent à éructer à tout propos : il s'agit bien là, comme le dit M. Soupault d'une sorte de tic nerveux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et je partage absolument l'opinion de MM. Mathieu et Follet sur la difficulté que l'on éprouverait à classer tous les cas d'aérophagie en volontaires et involontaires.

Quand les éructations deviennent incessantes, les malades sont en proie à une véritable infirmité ; ils présentent bientôt d'autres signes de névropathie ; il en était ainsi de tous les aérophages éructants que j'ai observés et ils sont aujourd'hui assez nombreux. Ils maigrissent, deviennent émotifs, moroses ou hypochondriaques, sont toujours fatigués, acquièrent un caractère bizarre, tombent dans un état aboulique ou phobique plus ou moins marqué. Parfois ils présentent des stigmates d'hystérie ; il en était ainsi chez le second malade que je vous ai présenté en 1898. Lors de son second séjour dans notre service, les phénomènes hystériformes dont il était atteint avaient pris encore un plus grand développement.

Aussi trouve-t-on assez souvent, chez ces sujets, un phénomène sur lequel MM. Mathieu et Follet ont insisté avec raison, et qui a attiré aussi l'attention de M. Soupault : c'est l'existence d'une sorte de *bouton réflexe de déclanchement* dont la pression détermine la crise d'éructation. Ce bouton le plus souvent siège à l'épigastre, d'autres fois dans la fossette sus-sternale, mais il peut également se trouver ailleurs. Chez un malade que j'ai vu avec M. Vaquez, il existait en un point limité du dos. M. Soupault cite un cas analogue.

La dernière forme d'aérophagie qui nous reste à étudier est beaucoup plus rare, elle ne diffère de la précédente que par ce fait que tout le ventre reste ballonné par l'air dégluti, même dans l'intervalle des crises.

Cette forme est celle que présente notre malade. Elle est due probablement à un certain degré de contracture du cardia coïncidant avec un état de relâchement du pylore. Ici, cet état particulier des orifices gastriques est facile à constater : la déglutition de quelques gorgées de lait, et, avec elle, d'une certaine quantité d'air, détermine un bruit de glou-glou gastrique suivi presque aussitôt de quelques borborygmes intestinaux dus, comme on peut s'en rendre compte par l'auscultation du pylore, au passage des gaz par cet orifice.

Existe-t-il un type gastrique particulier à cette

Digitized by Google

forme d'aérophagie. Dans la forme simple, nous avons vu qu'il y avait presque toujours une sécrétion pauvre, une digestion rapide, c'est-à-dire des glandes plus ou moins atrophiées, irritées ou non, suivant que le type chimique était hyper ou hypopeptique. Dans la forme dont nous nous occupons maintenant il m'est plus difficile de me prononcer. Notre malade a une forte hyperpepsie, surtout depuis qu'il a fait abus des alcalins ; peut-être la gastrite parenchymateuse prédispose-t-elle à cette forme.

En tout cas, ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que, malgré l'ancienneté de la maladie, il n'existe pas ici de symptômes centraux de névropathie.

En général, les crises d'éructation s'accompagnent d'une recrudescence dans les troubles dyspeptiques, les digestions deviennent pénibles, douloureuses ; il y a diminution ou perte de l'appétit; le creux épigastrique est très sensible à la pression ; enfin il peut y avoir des signes d'intolérance gastrique, c'est-à-dire des vomissements alimentaires ou muqueux, d'où amaigrissement et faiblesse générale. Les vomissements ou vomituritions se produisent parfois, comme chez notre malade, au moment même des crises éructantes.

D'après M. Linossier (1), les éructations gazeuses se rapprocheraient du mérycisme ; les rejets de gaz, dit-il, seraient une sorte de mérycisme gazeux. Il est intéressant de faire remarquer, en effet, que le mécanisme du mérycisme qu'il a étudié en collaboration avec M. Lemoine (2), ne diffère pas de celui qui a été invoqué pour expliquer l'aérophagie éructante. (Voir notre leçon précédente de 1898.)

MM. Mathieu et Follet ont opposé cette forme « d'aérophagie éructante compliquée de troubles dyspeptiques sérieux », à la forme précédente « éructante simple », et l'ont dite *grave* par rapport à celle-ci qu'ils appellent *bénigne*. Il me semble que ces formes graves résultent simplement de poussées de gastrites subaiguë dues à un vice de régime ou à un abus de médicaments.

Les troubles en question disparaissent, en effet, dès qu'on emploie une alimentation sévère et qu'on supprime les médicaments. C'est ce qui est arrivé à notre malade qui ne vomit plus depuis qu'il est dans notre service : la prétendue forme grave s'est transformée en forme bénigne.

L'aérophagie est évidemment une gastro-névrose. Il se peut que, dans certains cas, notamment dans l'aérophagie simple, non éructante, elle dépende uniquement d'une modification dans le fonctionnement des nerfs périphériques. Mais la forme éructante paraît plutôt relever d'une névrose centrale.

Est-il possible de la rattacher à une névrose définie : psychose, neurasthénie, hystérie ?

Il est bien difficile de répondre à cette question. Cette difficulté est la même dans les autres gastro-névroses organopathiques.

Chez tous les gastropathes atteints de névrose secondaire on trouve des troubles nerveux divers sans que l'ensemble de ces modifications puisse porter un nom précis.

Tantôt l'état mental est particulier, sans constituer à proprement parler une vésanie nettement caractérisée. C'est ce qui s'observe lorsque prédominent les modifications du caractère, l'inaptitude au travail, les idées pessimistes ou nettement hypocondriaques, lorsque surviennent diverses espèces de phobies. Dans d'autres cas, on relève des symptômes très analogues à ceux de la neurasthénie. Enfin chez quelques malades on est frappé par la ressemblance des troubles nerveux avec ceux des hystériques. Et, cependant, les malades ne sont à proprement parler, ni des vésaniques, ni des neurasthéniques, ni des hystériques.

La névrose greffée sur la maladie stomacale se rapproche par certains côtés de ces grandes névroses sans en revêtir pleinement les caractères ; elle reste, pour me servir d'une expression analogue à celle dont s'est servi mon collègue M. Fournier, pour décrire les affections parasyphilitiques, à l'état de *para-névrose*.

La plupart des malades atteints de gastro-névrose organopathique, c'est-à-dire secondaire, sont des para-psychopathes, des para-neurasthéniques, des para-hystériques.

Dans le cas actuel l'état mental n'offre rien de très spécial. Le malade ne me paraît pas très sincère lorsqu'il prétend avoir abandonné l'usage des boissons alcooliques ; il est devenu paresseux et n'est pas mécontent d'être gardé longtemps à l'hôpital. Il est loin d'être pour cela vésanique. Il ne présente aucun symptôme de neurasthénie.

L'affection qu'il présente ressemble plutôt à une forme de l'hystérie, bien que nous ne trouvions aucun stigmate de cette névrose. La plupart des aérophages éructants sont d'ailleurs assez souvent nettement hystériques. Il se pourrait donc que l'aérophagie éructante, comme la polyurie dite essentielle, dont je vous ai récemment parlé, fût parfois une sorte d'hystérie mono-symptomatique, venant se surajouter à une affection gastrique simple et déjà complexe.

Le pronostic de la forme éructante de l'aérophagie présente une certaine gravité.

L'état de notre malade a plutôt empiré depuis 1898, les douleurs sont plus vives ; il est vrai qu'il existe très probablement un ulcère chronique. De

(1) Linossier. *Société Médicale des hôpitaux*, 1er mars 1901, p. 209.

(2) Lemoine et Linossier. Contribution à l'étude du mérycisme chez l'homme et en particulier de son mécanisme. *Revue de Médecine*, 1894, p. 177.

Digitized by Google

même notre autre malade de 1898 nous est revenu un an plus tard dans un état beaucoup plus sérieux : il était pleurard, nosomane, maniaque, insupportable, il frisait la folie.

Sans doute l'avenir de ces individus n'est pas toujours aussi sombre, mais chez tous ceux que j'ai vus l'affection a été de très longue durée. Ils peuvent être améliorés, mais la guérison complète, quoique possible, est rare. Ils ont surtout des rechutes très fréquentes qui les poussent à quitter sans cesse le médecin qui avait toute leur confiance.

Le traitement d'un pareil état est difficile. Il comprend deux choses : le traitement de l'état gastrique, variable suivant la forme de la gastropathie, et le traitement de la névrose, extrêmement délicat et aléatoire.

M. Mathieu conseille d'avoir recours à la suggestion : le malade doit être prévenu qu'il avale de l'air intentionnellement et qu'il ne peut guérir qu'en luttant contre ce « tic » impérieux qu'il s'est créé artificiellement.

La suggestion peut réussir quand la névrose n'est pas invétérée, quand les malades se rendent compte que c'est intentionnellement et pour se soulager, qu'ils sont devenus des avaleurs d'air; plus tard, ils n'ont plus conscience de l'acte qu'ils accomplissent; ils se refusent à y croire. C'est alors que l'isolement dans une maison de santé, la suppression absolue des livres de médecine, dont ces névrosés ont soif, peuvent rendre de grands services.

L'hydrothérapie et le bromure de potassium (ou le tribromure) sont, dans tous les cas, des adjuvants utiles. Ce bromure doit être donné en lavements, aux doses croissantes de 3 gr. à 6 gr. et même à 8 gr. par jour.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Les Associations de prévoyance

L'*Association générale des Médecins de France*, conçue dans un caractère d'assistance et de prévoyance, a vu dans ces vingt dernières années éclore à côté d'elle, et fondées en vue d'un même but, plusieurs sociétés sœurs dont nous signalerons les deux principales : la *Caisse des Pensions de retraite* et l'*Association-Maladie*. La première qui date de 1884, sert à ses adhérents une pension annuelle et viagère de 1.200 francs Un jeune confrère s'inscrit comme membre dès sa réception au doctorat; moyennant un versement annuel de 125 francs à l'âge de 25 ans, il touchera 1.200 francs de retraite à 60 ans d'âge. Et s'il meurt avant ce terme? Que deviendront les sommes versées? La réponse n'est pas encore fournie. Deux solutions sont possibles : ou consentir à la perte ou, moyennant un surcroît léger de prime, obtenir un contrat d'assurances mixtes. En sorte qu'en cas de décès, une certaine partie du capital versé, ou la totalité du capital, ou même une fraction de la somme affectée à la retraite soit reportée sur la tête des héritiers. Tout cela est à discuter : plusieurs combinaisons inspirées par les conjonctures qui se feront jour, peuvent être proposées. Le jeune confrère ne va pas si loin. Il s'arrête dès la proposition d'adhésion. On lui demande 125 fr. par an. Comment fera-t-il pour les payer? Car c'est une somme, 125 francs. Où ira-t-il la puiser? Les flots du Pactole ne roulent d'ordinaire pas dans son cabinet. Soit! qu'il attende deux, trois, quatre ans. La clientèle sera sera venue et alors, il ne courra plus de risques. Il est vrai que la prime sera plus élevée : 164 francs à 30 ans d'âge. Ce n'est pas là un chiffre effrayant. Viennent du reste les mauvais jours, qu'il soit reconnu que le confrère est dans l'impossibilité matérielle d'opérer le versement des primes, eh, bien! l'*Association générale* intervient. Je n'ai pas dit encore, que pour être admis à participer à la *Caisse de retraite*, il faut fournir la preuve qu'on appartient à l'*Association générale*. Celle-ci prend à sa charge les cotisations du confrère infirme, malade ou dans la détresse. C'est la sœur aînée venant au secours de la sœur cadette qui est la *Caisse de retraite*, et favorisant le recrutement de cette dernière par l'encouragement matériel, qu'elle se déclare prête à fournir aux sociétaires malheureux.

Même sollicitude à l'égard de l'*Association-Maladie*. Celle-ci attribue une allocation de 10 francs par jour au confrère malade; au bout de trois mois, la somme accordée devient une pension mensuelle de 100 francs; soit 300 francs touchés à la fin de chacun des trois premiers mois, et une pension de 1.200 francs qui fera suite, et sera versée au confrère et tant que sa maladie durera. Le chiffre de la cotisation annuelle est de 54 francs à l'âge de 25 ans, et de 59 francs à 30 ans. Que le confrère, un beau jour, tombe dans un tel dénuement qu'il lui soit impossible de continuer à remplir ses engagements, c'est encore l'*Association générale* dont il devra faire partie qui, renseignements pris, se chargera des cotisations arriérées. Tout cela part d'un sentiment élevé; les combinaisons et les bienfaits de la mutualité commencent à pénétrer et à être compris; après bien des années de tâtonnement et de piétinement sur place, l'*Association générale* prend la tête du mouvement. Les adhésions nombreuses qui viendront de plus en plus à elle, et aux jeunes sociétés sœurs, prouveront que son effort a été apprécié, et qu'elle est sur la bonne voie. — Z.

P.-S. — Les confrères qui désireront plus amples renseignements, devront demander les statuts de ces sociétés : 1° *Caisse de retraite*, à M. Delefosse, 22, place Saint-Georges (Paris); 2° *Association-Maladie*, à M. Jeanne, à Meulan (Seine-et-Oise).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard

Quelques considérations sur l'action et le mode d'administration de la digitale

S'il est vrai que la thérapeutique tout entière puisse être remplie dans ses indications non seulement générales mais encore particulières par vingt médicaments (et je me propose de vous démontrer la chose l'an prochain), s'il est vrai que vingt médicaments suffisent au médecin pour exercer toutes les actions thérapeutiques nécessaires, la digitale est le premier de ceux-là. Il est le premier, il est encore l'unique. Nul ne le remplace. On a parlé de succédanés. Il n'y en a pas. La digitale accomplit son rôle pleinement, sûrement, sans défaillances ; les succédanés qu'on lui a opposés n'exercent que des actions incertaines et timides. Le seul médicament cardiaque est la digitale.

Il a été employé pour la première fois au XVIe siècle, en 1565 ; mais, fait curieux, si une erreur dans la direction n'était pas au début de tous les efforts humains, la digitale n'a pas tout d'abord été employée dans les affections cardiaques où elle réussit à coup sûr ; aux maladies du cœur on opposait en ce temps un médicament inerte, ce semble, la buglosse ; et c'est contre la phtisie et la scrofule qu'on dirigeait la digitale. Au début du siécle dernier, la conviction n'était pas encore assise. Corvisart n'estimait pas la digitale supérieure aux autres diurétiques.

Toutefois Withering avait à ce moment déjà donné la note juste. La digitale, disait-il, guérit les hydropisies non enkystées, et c'était vrai.

Comment elle agit, voilà une question sur laquelle on a combattu copieusement. Les uns après expériences ont répondu par la physiologie des animaux, les autres par la physiologie humaine. Lesquels croire ? Aucun des deux exclusivement, et tous les deux à la fois : les résultats des uns devant être éclairés et vérifiés par les résultats des autres.

Tour à tour on a dit que la digitale agissait sur le cœur droit (G. Sée), le cœur gauche (Openchowski) sur le pneumogastrique, le myocarde, les ganglions cardiaques, ces ganglions qu'on connaît si mal, sur les artères et la contractilité de celles-ci. Voilà bien des opinions. Un expérimentateur est venu qui les a conciliées toutes. M. Frank a démontré que la digitale agit sur tout le système circulatoire : cœur droit ou gauche, pneumogastrique, myocarde, vaisseaux, aucune des parties constituantes de l'appareil circulatoire n'échappant à son action.

Cliniquement, on peut lui accorder une double action : 1° une action cardiaque ; 2° diurétique.

1° L'action cardiaque est double : elle allonge d'abord la période diastolique. C'est là une action de premier ordre et insuffisamment utilisée en thérapeutique. On interdit, par exemple, la digitale dans le rétrécissement mitral, sous prétexte qu'elle augmente le travail du cœur. Rien de plus faux. La digitale n'augmente pas le travail du cœur, et si cela était, je ne m'en servirais que très rarement dans le cours des cardiopathies. Elle facilite au contraire ce travail, et cela moyennant cette action d'allongement sur la diastole. Que faut-il au rétrécissement mitral ? Le temps au ventricule de se remplir ; en allongeant la période diastolique, la digitale permet à cette réplétion de s'opérer, et combat ainsi les fâcheux effets du rétrécissement qui retardait cette réplétion. Donnez dans le rétrécissement mitral, à n'importe quelle période, dès le début et toutes les trois semaines, trois jours de suite, 1/4 de milligr. de digitaline cristallisée. Vos malades iront mieux et leur oppression sera diminuée dans de fortes proportions.

La seconde action de la digitale sur le cœur est l'action sur la systole. Celle-ci est renforcée ; en sorte qu'après avoir favorisé par l'allongement de la diastole la réplétion du cœur, la digitale, grâce à ses effets sur la systole, favorise maintenant son évacuation ou sa déplétion.

2° Outre l'effet sur le cœur, nous avons l'effet diurétique. Il n'est pas moins merveilleux ; bien que des discussions sans nombre aient encore été soulevées à ce propos, il est heureux que le remède ne se soit pas ému de toutes ces querelles de savants. Il lui importe peu que Vulpian attribue sa vertu diurétique à une action sur l'épithélium rénal ; que d'après d'autres auteurs il augmente la tension artérielle et que c'est cette exagération dans la tension qui produit la diurèse, cette explication n'avance guère les choses. L'ergot de seigle est vaso-constricteur ; il n'est pas diurétique.

L'action diurétique de la digitale provient d'une action vasculaire, mais cette action n'est pas une vaso-constriction simple, c'est une *vaso constriction suivie d'une vaso-dilatation.* Lauder Brunton injecte de la digitale à un chien ; une vaso-constriction de tout le système vasculaire fait suite, les artères rénales se rétrécissent ; la diurèse diminue, parfois même des traces d'albumine sont retrouvées dans les urines.

Digitized by Google

Puis, une seconde phrase apparaît : à la vaso-constriction succède la vaso-dilatation, l'élargissement de toutes les artères et des artères rénales. La diurèse s'établit, sans toutefois être très marquée, dans les cas où l'œdème fait défaut.

Chez les cardiaques infiltrés, cette diurèse est extraordinairement abondante. En serrant leurs vaisseaux, la digitale dans la première partie de son action (vaso-constriction) avait comme fermé l'écluse. Survient la seconde partie de son action (vaso-dilatation). L'écluse s'ouvre ; c'est une inondation, une débâcle, un bouillonnement de liquide qui se presse et fait irruption à travers la voie rénale. Voilà ce qui explique pourquoi par la digitale on obtient une sorte de *diurèse en débâcle*, bien différente de la diurèse progressive et continue de la théobromine.

Toutefois, sur cette action diurétique de la digitale, une explication est à fournir. La digitale ne fait uriner avec cette abondance que lorsqu'il existe un œdème et une infiltration concomitants.

C'est parce qu'il y a œdème qu'elle fait uriner. L'action diurétique est surtout consécutive à la résorption des épanchements.

Une analyse chimique très simple va vous le prouver tout de suite.

Le taux urinaire des chlorures est d'environ 10 à 12 gr. par jour. Mettez un malade au régime lacté, son chiffre des chlorures tombe à 4 gr. ; il ne descend guère au-dessous de ce chiffre et c'est bien heureux; une forte diminution des chlorures est en effet d'un pronostic très fâcheux ; un malade qui ne rend plus que 0,40 à 0,50 de chlorures ne se remettra pas. Sa mort est proche, comme je l'ai démontré naguère.

Or, donnez de la digitale à un cardiaque en possession d'œdème; du coup, le liquide urinaire contient 20, 30 grammes, et même plus, de chlorures. D'où viendrait ce chiffre énorme, sinon du liquide des épanchements ?

La digitale résout donc les épanchements et elle y arrive en vertu d'une loi physique très simple. Dans ses travaux sur l'osmose, Dutrochet a démontré en 1826 qu'une augmentation de vitesse d'un liquide circulant à travers des tubes poreux se traduit par une activité accrue dans les phénomènes d'exosmose et d'endosmose. La digitale n'agit pas autrement : en renforçant la systole, elle accroît la vitesse du courant sanguin, active les phénomènes de résorption endosmotique au niveau des vaisseaux. Donc, elle ne résout pas les épanchements parce qu'elle est diurétique; elle *devient* diurétique parce qu'elle les résout et qu'elle fait rentrer dans la circulation générale le liquide des hydropisies cardiaques. Rappelez-vous toujours que ces propriétés diurétiques ne s'exercent pas sur d'autres hydropisies, comme vous allez le comprendre

Voici un malade atteint de foie cardiaque à son début et d'ascite. Régime lacté et digitale font disparaître l'enflure. Celle-ci reparaît au bout de quelques mois. Vous instituez le même régime ; insuccès complet. C'est vite fait de s'en prendre alors au myocarde. On dit : le myocarde trop atteint ne réagit plus à la digitale. Cette affirmation est une nouvelle erreur. Quoi de plus profondément atteint dans sa structure qu'un cœur scléreux ? Or, ce sont ces cœurs tout envahis par la prolifération du tissu fibreux qui répondent le mieux à l'action digitalique.

Notre malade n'a pas désenflé la seconde fois, non parce que son cœur est trop malade, mais parce que son hydropisie a changé de caractère. Au début, elle n'était que de nature congestive et d'origine cardiaque. Aujourd'hui ce foie congestionné a franchi une étape de plus dans la voie de désorganisation. Il est devenu scléreux, et l'ascite, autrefois d'origine cardiaque est sous la dépendance de l'état hépatique. Contre l'élément scléreux, la digitale est impuissante. Elle pouvait agir quand elle tenait pour ainsi dire la congestion du foie dans sa main. Mais la sclérose du foie lui échappe. C'est elle qui commande l'hydropisie, laquelle de ce fait, étant dépendante seulement du foie, s'est transformée en une de ces hydropisies enkystées dont parle Withering et contre lesquelles la digitale est impuissante.

Un dernier mot sur cette double action cardiaque et diurétique de la digitale.

Au début de l'administration du remède, c'est l'action diurétique qui domine la scène, elle commence au bout de 8 à 10 heures ; plus tard au contraire, et les épanchements s'étant résorbés, c'est l'action cardiaque qui prédomine. Attention à ce moment-là ! N'allons pas continuer à exercer cette action cardiaque inconsidérément ; des accidents toxiques seraient à redouter.

La digitale est un remède, le plus grand de tous. Mais il faut savoir s'en servir.

Tout d'abord n'ordonnons pas la digitale elle-même. Elle est d'action variable, en tant que plante soumise aux influences climatériques. De même que nous avons des années de bon et de mauvais vin, nous avons des années de bonne et de mauvaise digitale. Prescrivons donc un remède défini, constant, toujours efficace.

Le meilleur est la digitaline cristallisée de Nativelle. Les Allemands préfèrent la digitoxine, je m'en tiens à la digitaline que je connais et qui est un produit mieux défini.

Il y a trois manières de prescrire la digitaline :

1° *La dose massive.* — C'est la dose antiasystoli-

Digitized by Google

que et diurétique. On ordonne 50 gouttes (1 milligr.) de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000. Le résultat de la médication tient du miracle ; en 48 heures, des mourants sont ramenés à une santé en apparence parfaite. L'action du remède aura été préparée par la prescription d'un régime nécessaire : le séjour au lit, l'administration d'un purgatif préalable et le régime lacté auront permis à la digitale de donner tous ses effets.

2° *La dose faible.* — C'est la dose sédative, celle qui combat les palpitations. On donne 5 à 10 gouttes de la solution alcoolique à 1/1000 cinq jours de suite, et on recommence toutes les 3 semaines. Cette dose est très utile dans le rétrécissement mitral, par l'allongement qu'elle donne à la période diastolique.

3° *La dose très faible (dose d'entretien cardio-tonique).* — Ce sont de très faibles doses qu'on peut prolonger 3 à 4 se- maines sans inconvénient, dans les cas d'asthénie cardiaque, et faiblesss systolique qui ne sont pas encore de l'hyposystolie, mais y touchent.

Ainsi on prescrira :

Eau distillée.....	300 grammes
Solution de digitaline cristallisée au 1/1.000	50 gouttes (ou seulement 20 à 30 gouttes.)

1 cuillerée à dessert 2 à 3 fois par jour.

Lorsque cette dernière dose est prise en 10 jours à raison de 50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000, il en résulte que le malade ne prend qu'un dixième de milligr. du médicament par jour, et lorsque la même solution ne renferme que 25 ou 30 gouttes, le dose est abaissée à un vingtième de milligr. par jour. On pourra s'étonner de cette posologie nouvelle avec des quantités si minimes de digitaline, alors qu'au contraire j'insiste sur la dose massive pour combattre l'hyposystolie ou l'asystolie. Je m'étonne, au contraire, qu'on n'y ait pas pensé plus tôt pour des raisons que je dirai dans quelques instants.

Quoique je sois loin encore de partager les opinions et la doctrine de P. Jousset, j'estime qu'il s'est exprimé très judicieusement dans les passages suivants : « Nous plaçons sur un plan secondaire ce qu'on appelle aujourd'hui l'*action physiologique* du médicament, et nous trouvons presque inutiles les actions *hypertoxiques* qui tuent l'animal en quelques minutes. Quand, par exemple, nous étudions l'action de la digitale sur le cœur, nous plaçons en première ligne l'étude aussi exacte que possible de la dépression cardiaque et de l'asystolie, produites par les fortes doses, et d'autre part, la surexcitation des contractions cardiaques produites par les doses faibles. Nous serions sans doute heureux de savoir si l'action de la digitale se localise sur le pneumogastrique, sur les ganglions intra-cardiaques ou sur les fibres mêmes du cœur, ce qu'on appelle l'action physiologique : mais nous ne nous préoccupons pas, outre mesure, de la supériorité des théories qui se disputent l'explication de ces faits. De même, les expériences de Franck, qui tue un chien en deux minutes, avec la digitaline, nous semblent dénués de toute utilité thérapeutique. »

Tout cela est parfaitement exact, et je ne vois à substituer au sujet des propriétés des doses faibles, que les mots « action cardio-tonique » à ceux de « surexcitation des contractions cardiaques ». Nous avons tort de ne pas voir, comme le disait autrefois Pécholier (de Montpellier), et comme j'aime à le répéter, que « dans un médicament, il y a plusieurs médicaments », ce qui veut dire qu'en variant les doses et le mode d'administration des remèdes actifs, nous produisons et pouvons toujours produire des effets différents. A dose massive (un milligramme de digitaline cristallisée en une ou deux fois pendant un seul jour), et lorsque le malade est en état d'asystolie, la digitale agit, non seulement sur le cœur, mais aussi et surtout sur le rein. A doses faibles et répétées (un quart de milligramme de digitaline tous les jours pendant quatre jours), le médicament agit comme sédatif du cœur. Les doses très faibles et continuées pendant dix à quinze jours (un dixième de milligramme tous les jours) sont des doses *d'entretien cardio-tonique* que l'on utilisera, sans aucun danger, dans tous les cas où il est nécessaire de donner au myocarde une force suffisante de réserve.

A ce dernier point de vue, je répète qu'il faut savoir transformer en qualités les différents défauts que l'on reconnaît à la digitale, et j'estime que la lenteur d'action, que le pouvoir d'accumulation de la digitale doivent être utilisés en thérapeutique. C'est en vertu de ces deux grandes qualités (et non défauts) que ce dixième de milligramme pris régulièrement tous les jours fera sentir ses effets sur la contractilité du myocarde, environ au bout d'une semaine. Puisque ce médicament met huit à quinze jours pour s'éliminer, puisqu'il fait sentir encore son action parfois après trois et même quatre semaines, ces dixièmes de milligramme s'ajoutant les uns aux autres finiront par maintenir, en la tonifiant, la contractilité myocardique. Et c'est ainsi que cette médication (un milligramme, ou plutôt un demi-milligramme, ou même un quart de milligramme de digitaline pris à doses réfractées pendant dix jours par mois (et cela durant trois mois par exemple), devient une médication *préventive* de l'hyposystolie quand elle s'adresse à un cœur déjà un peu affaibli dans sa contractilité par le fait d'une lésion valvulaire ou d'une myocardite scléreuse. Après trois mois de ce traitement (dix jours par mois, trois cuillerées à dessert d'une

Digitized by Google

potion de 300 grammes d'eau pour 25 à 30 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième), on cesse pendant un mois ou deux pour reprendre ensuite pendant trois mois.

Ce mode d'administration n'est sans doute pas applicable pour tous les médicaments ; il l'est pour tous les médicaments doués des deux *qualités* suivantes : lenteur d'action, pouvoir d'accumulation des doses. On voit par là combien je diffère d'opinion avec la plupart des auteurs qui ne pensent qu'aux dangers inhérents à ces deux importantes propriétés. J'estime, au contraire, qu'elles doivent être utilisées en thérapeutique, et qu'ainsi elles peuvent rendre des services inappréciables. Rappelez-vous toujours que *médicament* et *médication* ne sont pas des termes synonymes. Ce qui le prouve encore une fois, c'est qu'avec un seul et même médicament, vous pouvez instituer, suivant les doses et le mode d'administration, trois médications différentes : 1° une action cardio-diurétique avec une forte dose ; 2° une action sédative sur le cœur avec des doses faibles ; 3° une action cardio-tonique avec des doses très faibles, mais toujours pondérables.

Un autre exemple va vous faire bien comprendre cette distinction. Vous savez que la théobromine produit l'augmentation de la diurèse d'une façon presque certaine. Pendant plusieurs mois elle n'avait pas manqué son effet chez un de nos malades, quand tout à coup le même médicament resta sans efficacité, même avec l'association du régime lacté et des boissons prises en abondance. C'est alors qu'examinant complètement le malade, nous avons compris que cette résistance aux agents diurétiques (théobromine, lait, eau prise en grande quantité) était due à l'existence très probable de la thrombose cardiaque par dilatation cardiaque. L'indication se posait alors de supprimer, ou d'atténuer tout au moins cette sorte de barrage circulatoire central qui s'opposait ainsi à l'action médicamenteuse, et nous avons prescrit une large saignée de 400 grammes. Dès ce jour, la diurèse reprit son cours, comme les médicaments reprirent leur efficacité première. Ici, qu'avons-nous fait ? Nous ne nous sommes pas contenté de prescrire des médicaments diurétiques, nous avons institué la *médication* diurétique. Connaître les drogues, c'est bien ; savoir les appliquer et leur donner le maximum d'action, c'est mieux encore. Et l'on n'arrive à ce résultat qu'en étudiant le médicament et le malade. C'est l'union indissoluble de la clinique et de la thérapeutique que je proclame et démontre encore, union qui doit être toujours cimentée par la physiologie de l'état morbide et de l'agent médicaménteux.

Vous voyez bien, comme je ne cesserai jamais de le redire, que la thérapeutique, avant d'être appliquée, a besoin d'être toujours expliquée. D'autre part les médicaments sont des outils dont il faut savoir se servir, et en thérapeutique il faut se convaincre de cette vérité : Tant vaut l'ouvrier, tant vaut l'outil.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Baume du Pérou. — Dernièrement (*Journal des Praticiens*, 1er mars), M. Liégeois nous apprenait à connaître quel parti on peut tirer du Baume du Pérou dans les bronchites. Nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant d'indiquer ici l'origine, la composition et les connaissances pharmacologiques que l'on possède aujourd'hui sur ce médicament. Connu depuis longtemps, il avait presque complètement disparu de l'arsenal thérapeutique, lorsqu'il a été rajeuni, il y a quelques années, par Rosenbl et Landerer. Son étude présente d'autant plus d'intérêt qu'elle a été remaniée et mise au point en 19[illegible] par différents auteurs allemands : Preuss qui a pu étudier sur place dans l'Amérique centrale, son mode de production et sa récolte ; Toms et Mannich qui en ont étudié la composition chimique.

Le Baume du Pérou est fourni par le toluifera pereirœ (Baillon) de la famille des Légumineuses. C'est un très bel arbre au feuillage d'un vert brillant, qui croît dans les forêts de l'Amérique centrale. Il atteint jusqu'à quinze à vingt mètres de hauteur. La préparation du baume demande toute une série de manipulations longues et délicates en même temps que beaucoup de soin. Le baume ne préexiste ni dans l'écorce ni dans le bois, car aucune de ces parties du végétal n'en possède l'odeur caractéristique. La formation ne se fait qu'à la suite de blessures ou de brûlures et surtout quand on combine les deux agents mécaniques. Preuss a décrit avec beaucoup de détails la façon dont on récolte le baume du Pérou. Nous nous contentons-nous de dire ici qu'il constitue une sorte de sécrétion pathologique. On l'obtient en frappant l'écorce des troncs avec un maillet, opération qui se pratique seulement de place en place pour ne pas faire périr l'arbre. L'écorce ainsi traitée est ratissée avec un instrument tranchant, elle ne tarde pas à laisser s'écouler un liquide brun visqueux qu'on absorbe avec un chiffon; le flambage de la plaie, au moyen d'une torche active et fait se renouveler la production du baume qui peut être recueilli jusqu'à cinq ou six fois. Les chiffons mis à bouillir dans l'eau laissent se séparer le suc dont ils sont imprégnés ; on le recueille et le lave plusieurs fois. Il se présente sous l'aspect d'un liquide épais, brun foncé

(1) Voir *Journal de pharmacie et de chimie*, 1901, 6e série, tome XIII, page 397.

Digitized by Google

l'odeur est aromatique et vanillée, la saveur âcre et amère.

La composition chimique de ce médicament est des mieux connues ; on a pu en isoler le principe actif et le reproduire même par synthèse. On y rencontre de l'*acide cinnamique* et de l'*acide benzoïque* à l'état de liberté, une résine (20 à 25 0/0) et surtout de la *cinnaméine* (60 0/0). Ce composé est un mélange des éthers cinnamiques et benzoïques de l'alcool benzylique. Le rapport de l'acide cinnamique et de l'acide benzoïque saponifiés est d'après Toms de 40 à 60. L'alcool benzylique est accompagné d'un autre autre alcool, le péruviol, de constitution mal connue. D'après Erdmann Hall le principe actif serait l'éther benzylbenzoïque qu'on peut séparer de l'éther cinnamylbenzoïque par distillation fractionnée dans le vide ; le premier de ces deux composés est liquide à la température ordinaire alors que le second est solide. C'est bien l'éther benzylbenzoïque qui est le premier actif ; cet éther préparé synthétiquement a donné dans le traitement de la gale les mêmes résultats que le Baume du Pérou ; on l'a employé en solution à 25 0/0 dans l'huile de ricin, solution qu'on désigne sous le nom de Péruol. La résine est constituée par les éthers benzoïque et cinnamique du pérou-résitannol, alcool tanno-résineux qui est un homologue du tolu-résitannol ; c'est à elle qu'il faudrait rapporter l'action anticatarrhale du Baume du Pérou.

Indications thérapeutiques. — Nous ne reviendrons pas sur l'emploi du Baume du Pérou dans les bronchites : contentons-nous d'indiquer la formule suivante employée avec succès par notre maître, M. Huchard, pour remplacer les pilules de Morton dont la formule est un peu surannée :

Baume du Pérou	0 gr. 05
Baume de Tolu	0 — 05
Térébenthine de Venise	0 — 05
Poudre d'opium	0 — 02
Excipient	Q. S.

Pour une pilule. Quatre à six par jour.

Depuis ces dernières années le Baume du Pérou a gagné en popularité. Rosemberg l'a employé avec succès dans le traitement des leucoplasies buccales. Un des collaborateurs de ce journal, M. Courtade nous a dit l'employer également avec succès dans les cas de rhinites suppurées. Il emploie la formule suivante :

Acide borique	1 gramme
Menthol	0 gr. 05
Baume du Pérou	0 — 20
Vaseline	30 grammes

Landerer a mis le baume du Pérou en honneur dans le traitement des tuberculoses ganglionnaires et osseuses ; il l'injecte sous forme d'émulsion dans les foyers tuberculeux. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, on l'a vanté dans le traitement de la gale. On emploie dans ce cas soit la drogue elle-même, soit le péruol, en frictions générales que l'on renouvelle pendant deux à trois jours suivant les cas. — E. A.

Formulaire du Praticien

Traitement médical du cancer. — Si dépourvu soit-il en face d'un cancer inopérable, quand même le praticien ne doit pas se décourager. A défaut de la chirurgie, la médecine lui offre des ressource; elles ne sont pas merveilleuses sans doute, mais peuvent rendre des services qui ne sont pas négligeables. M. Albert Robin (Hôpital de la Pitié) expose ainsi le traitement médical du cancer à propos d'un malade atteint d'un carcinome de la parotide que les chirurgiens avaient refusé d'opérer.

De nombreux médicaments ont été ordonnés. Quelques-uns sont sans effet aucun, d'autres peuvent faire quelque bien, d'autres jouissent d'une action réelle bien que passagère.

Parmi ceux qui ne produisent aucun résultat, il faut ranger les piocktanines qui sont les matières colorantes de l'aniline. On a proposé le bleu de méthylène ou le violet de méthyle ; on peut formuler :

Bleu de méthyle	0 gr. 03
Violet de méthyle	0 — 03

Pour une pilule. — Une avant les repas.

Cette préparation n'agit pas sur le cancer et ruine l'estomac. Il la faut abandonner.

M. A. Robin recommande plutôt le condurango qui a tout d'abord été considéré comme un spécifique du cancer gastrique et n'offre d'autre avantage que d'être un sédatif des douleurs gastriques et un excitant des sécrétions pancréatique et biliaire. Le praticien prescrira :

Ecoree de condurango blanc.	15 grammes
Eau distillée	300 —

Faire bouillir et réduire à 150 gr. A boire avant les repas.

Un autre médicament qui jouit comme le condurango de propriétés excitantes sur les fonctions digestives est le thuya occidentalis. On commence par 20 gouttes avant chaque repas. Augmenter d'une à deux gouttes jusqu'à cent gouttes. Sous l'influence du remède, un certain nombre de malades ont été améliorés et ont augmenté de poids.

Le chlorate de soude a été recommandé par Brissaud (*Congrès de Besançon*, 1893), aux doses de 10 à 15 gr. par jour; ses effets dans les cas de cancer vrai se bornent à une stimulation des fonctions

Digitized by Google

gastriques, celle-ci ne se produisant même pas toutes les fois.

Quant aux sérums, on en a beaucoup parlé. Quel que soit leur mode de préparation, les uns et les autres n'ont pas fourni de résultats décisifs. C'est ainsi que tour à tour ont été prônés les sérums de Richet et Héricourt, les levures de Backer, la nectrianine de Bra et Chevalier, le sérum de Wlaef. Celui de ces sérums qui a le plus fait parler de lui est celui de Wlaef. On en a discuté à la Société de chirurgie. M. Berger de son emploi a retiré des résultats passagers, jamais une guérison.

Le meilleur traitement médical du cancer a trait à la médication par la quinine. C'est Fiessinger qui l'a employée le premier; un an plus tard Jaboulay commençait également des essais et en publiait peu après les résultats. M. Albert Robin emploie le remède à la fois par voie sous-cutanée et par ingestion buccale : à savoir 8 jours de suite, matin et soir, une injection intra-musculaire, deux fois par jour, de la solution suivante :

Bichlorhydrate de quinine..	25 grammes
Eau distillée.....	50 —

L'injection est assez douloureuse. Faite profondément dans les muscles, elle est mieux tolérée.

On continue 8 jours; les 8 jours suivants, le remède est administré à l'intérieur : deux cachets de 0,60 bichlorhydrate de quinine avant le repas, et le soir un suppositoire contenant la même quantité de remède 0,60. Soit en tout 1 gr. 80 par jour.

Dès les premières semaines les douleurs disparaissent, la masse morbide se rétracte. En ville M. A. Robin traite deux malades par cette méthode; l'une atteinte d'un carcinome de l'ovaire opéré deux fois par Segond, et repullulant dans une troisième récidive, depuis qu'elle prend de la quinine, a vu son état s'améliorer et a pu retourner dans le monde; une autre atteinte d'un cancer de la colonne vertébrale souffre beaucoup moins. Ces deux malades sont au traitement quinique ininterrompu depuis 8 mois, le remède a été fort bien supporté.

M. A. Robin, comme adjuvant du traitement quinique, use de la médication suivante : Pendant la période des injections, une cuillerée une demi heure avant dîner et souper de la potion suivante :

Bromure d'or.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	300 grammes

Et pendant la période d'absorption par la bouche, une injection d'arrhénal (solution à 5 0/0). Commencer par un centimètre cube. M. A. Robin a donné jusqu'à 0,20 d'arrhénal sans accident.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'anesthésie chez les cardiaques. — M. Huchard clôt la discussion par une communication magistrale. Elle sera insérée *in extenso*. Le chloroforme, à son jugement, n'est pas responsable de la plupart des morts sous l'anesthésie : c'est l'opéré lui-même, dont la susceptibilité toxique ou la réflectibilité exagérée détermine les accidents. Calmons donc cette impressionnabilité excessive par les divers agents modérateurs recommandés avant l'anesthésie : inhalations de bromure d'éthyle, badigeonnages cocaïnés de la muqueuse nasale, injections de morphine suivant la formule de M. Laborde, mais en supprimant peut-être l'atropine qui est un remède dangereux et difficile à manier.

M. Laborde tient pour l'atropine. C'est un excellent médicament. Rien n'est à craindre de son emploi judicieusement ordonné. Il ne faut pas avoir plus peur de l'atropine que de l'aconitine. Celle-ci est encore le meilleur remède à opposer aux névralgies faciales (2 à 3 pilules d'azotate d'aconitine à 1/5 de milligr.).

M. Le Dentu proteste contre la recommandation des injections préventives. Elles ont été abandonnées, car elles agissent dans un sens déplorable. Ne poussent-elles pas à la dépression sur des opérés déjà déprimés par le choc opératoire? M. Lucas Championnière a dû renoncer à cette méthode, en raison de l'imminence d'un accident qu'elle provoquait sans cesse : la syncope respiratoire. Il ne pense pas que la spartéine associée à la morphine et à l'atropine dans la formule de M. Laborde, arrive à conjurer le danger auquel exposent ces deux derniers alcaloïdes.

M. Chantemesse communique la technique d'un procédé rapide, permettant de retrouver le bacille typhique dans les matières fécales et les eaux : le gélo-diagnostic. (*20 mai*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Rétention des chlorures dans les néphrites. — MM. Ch. Achard et M. Lœper. Si on fait ingérer des chlorures (10 gr. de chlorure de sodium) à des malades atteints de néphrite, la rétention du principe salin peut s'opérer dans l'organisme. Cette rétention des chlorures se rencontre dans deux ordres de circonstances : 1° d'abord dans les néphrites qui compliquent une maladie aiguë et dans les néphrites aiguës, dites primitives; 2° dans les incidents aigus qui traversent l'évolution des néphrites chroniques.

Dans les néphrites subaiguës, le chlorure ingéré s'élimine en proportion variable, mais d'ordinaire assez faible. Dans les néphrites chroniques, en dehors des attaques urémiques, une proportion parfois tr s notable du chlorure ingéré passe dans l'urine. Quand l'urémie existe, l'élimination est faible; quand l'urémie est mortelle, l'élimination est nulle. Les auteurs concluent que l'hypochlo-

Digitized by Google

rurie n'est pas un effet direct des lésions rénales ; les modifications de l'excrétion chlorurée ne sont pas sous la dépendance exclusive de l'état des reins.

Cancer de l'Ampoule de Vater. — M. Maury. Malade âgé de 67 ans, atteint d'un cancer de l'ampoule de Vater. Les signes étaient ceux qu'avaient établis Hanot et Rendu : début insidieux, intermittence de l'ictère, fréquence de la diarrhée. Plus tard, lorsque l'orifice du cholédoque fut complètement obstrué par la tumeur, l'ictère devint permanent.

Phlébo-sclérose des veines superficielles des membres. — MM. Souques et Janvier. Homme de 40 ans, journalier, atteint de tuberculose pulmonaire peu avancée. En outre, il présente une induration des veines des membres inférieurs et supérieurs. Les veines sont dures, résistantes, roulent sous le doigt comme une sorte de corde ; elles sont uniformément et régulièrement indurées, sans aucune espèce de nouure, dans toute l'étendue de leur trajet. La cause de cette phlébosclérose est obscure et semble antérieure au développement de la tuberculose pulmonaire. S'agirait-il d'une oblitération des vaso-vasorum des veines en sorte que la phlébo-sclérose dépendrait du même mécanisme que l'artério sclérose ? C'est possible, mais la phlébo-sclérose, selon les auteurs, serait surtout comparable à l'artérite progressive décrite par Friedlænder.

Les phosphates urinaires dans quelques états aigus. — MM. Achard, Laubry, Thomas. L'étude des phosphates urinaires offre moins d'intérêt clinique que celle des chlorures. Les phosphates injectés s'éliminent aisément aussi bien chez les sujets sains que chez les sujets malades Il n'y a pas de rétention.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'adénopathie mésentérique dans les appendicites aiguës toxi-infectieuses. — Il ne faut adopter d'une façon absolue ni la thèse simpliste des interventionnistes à outrance, ni celle des abstentionnistes systématiques ; chaque cas d'appendicite comporte une indication particulière. Or, parmi toutes les formes aucune n'est plus traîtresse et plus grave que la forme gangréneuse dont le contenu septique filtre à travers des parois mortes aussi bien qu'à travers un trou. Qu'elle soit primitive ou secondaire, c'est-à-dire terminant une variété quelconque d'appendicite, il importe de reconnaître de suite cette forme gangréneuse et cela, nous pouvons peut-être le faire en nous appuyant sur deux catégories de symptômes : les symptômes généraux bien connus par tous : phénomènes toxiques, état typhoïde, mauvais facies, parfois diarrhée fétide qui est toujours du plus mauvais pronostic, et les symptômes qui sont dans la dépendance de l'adénopathie mésentérique, symptômes jusqu'ici ignorés ou mal interprétés et que M. Quénu, avec une autorité incontestable, tend à individualiser.

L'anatomie nous apprend que les ganglions de l'appendice siègent dans le méso-appendice (groupe méso-appendiculaire), dans l'angle rentrant que forme le cœcum et l'appendice (groupe cœco-appendiculaire), à l'union du mésentère et du méso-appendice (groupe iléo-appendiculaire), puis le courant de la lymphe parti de l'appendice se partage en deux courants secondaires : l'un vers le cœcum et les ganglions mésocoliques, l'autre vers l'iléon et les ganglions mésentériques.

L'anatomie pathologique est d'accord avec les données de l'anatomie normale. On a bien vu pendant les opérations ou au cours des autopsies les ganglions appendiculaires plus gros que de coutume. Souvent il s'agit, comme dans l'observation de G. Marchant, de ganglions petits et indurés, manifestement symptômatiques d'un processus chronique. Mais on a pu voir aussi (cas de Rendu), douze jours après le début des accidents appendiculaires simulant une fièvre typhoïde, « les ganglions mésentériques correspondant à la région iléo-cœcale énormes et manifestement enflammés, plusieurs atteignant les dimensions d'un œuf, rouges, durs, injectés ; deux d'entre eux étaient le siège d'un ramollissement central et le pus avait une odeur putride, identique à celle du foyer gangréneux appendiculaire ». Enfin, dans l'observation présentée par M. Quénu et qui a trait à un enfant opéré d'appendicite 18 heures après le début des accidents, il y avait « d'énormes ganglions allongés, tuméfiés, non indurés, rouges, occupant non seulement l'angle iléo cœcal mais le mésentère vers la colonne vertébrale ». L'appendice renfermait un liquide sanieux rougeâtre excessivement fétide ; l'examen histologique en révéla la gangr ne, car tous les vaisseaux de la muqueuse et de la séreuse étaient thrombosés.

La clinique a décelé dans le cas de Quénu, outre la localisation classique de la douleur qui fut très nette, dès la 8e heure l'extension de la douleur à la pression au-dessous de l'ombilic et allant même vers la gauche jusqu'au delà de la ligne médiane. Il n'y avait pas de péritonite ; cette douleur était donc bien en rapport avec le siège de l'adénopathie.

Il résulte de ces notions anatomiques, anatomo-pathologiques et symptômatiques que l'altération précoce des ganglions mésentériques et la douleur qui répond à leur siège peut révéler la malignité de l'infection qui franchit en quelques heures des étapes lymphatiques qu'elle respecte dans les cas ordinaires. Cela est tout à fait comparable aux énormes adénopathies de tous les ganglions du cou, révélant après un temps très court ces formes graves de diphtérie où le streptocoque est associé au Lœffler. Quand donc le nouveau signe existe, l'intervention immédiate est indiquée.

Ganglions du pénis. — M. Bazy signale, sur un homme porteur d'un épithélioma du gland qu'il a fallu opérer, un ganglion situé sur la face latérale de la verge à 1 centimètre de la racine et un autre prépubien. Ces ganglions étaient cancéreux.

Digitized by Google

Les indications respectives de la cocaïnisation locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale, pour M. Chaput sont les suivantes :

Cocaïnisation locale : diathésiques et timorés pour le chloroforme, petites opérations. hernies, laparotomies superficielles ; contre-indiquée chez les enfants, les émotifs et pour les opérations compliquées.

Rachicocaïnisation : Opérations sur membres inférieurs, anus, rectum, organes génito-urinaires mâles et femelles.

Anesthésie générale : Grandes opérations supra-pelviennes; contre-indiquée dans les mauvais états généraux. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Hygiène et politique. — La dernière communication de M. Fiessinger à l'Académie nous a valu plusieurs lettres. Ce n'est pas que dans le Jura qu'il y a conflit entre l'hygiène et la politique. Comme l'a dit M. le Prof. Chantemesse, c'est là une très grosse question et qui ne pourra guère être résolue que du jour où les ministres seront choisis hors du Parlement. Entre les différents documents qui nous sont parvenus, nous publions le suivant, intéressant par la puérilité du motif qui a fait négliger à la municipalité des intérêts essentiels :

« En 1892, nous écrit notre distingué confrère le Dr Omont, de Pont-Audemer, le choléra avait été importé de Hambourg dans une grande ville du littoral, la ville de X .. Les cas se multipliaient, l'hôpital était plein et non seulement la municipalité ne faisait aucune déclaration d'épidémie, mais elle donnait le mot d'ordre de taire ce qui se passait. C'est qu'en effet l'on était à la veille d'un *grand concours de compagnies de pompiers!* Il ne fallait pas faire rater le concours. Le concours ne fut pas raté, mais l'épidémie de choléra non plus. Les premières victimes du choléra à Pont-Audemer furent des pompiers retour de la ville de X... Il en fut de même à Brionne et sans doute ailleurs ». De tels faits ne sauraient passer inaperçus. Ils indiquent la magnifique insouciance des municipalités en matière d'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique, par C. Potain (un vol. in-8° de 191 p.). Masson, édit. Paris 1902. Prix : 8 francs.

Cette œuvre posthume comprend les chapitres suivants : *Mécanisme de la pression artérielle ; ses variations à l'état pathologique ; influence des maladies sur la pression artérielle ; influence de la pression artérielle et de ses modifications sur les circulations viscérales et périphériques ; action des médicaments et surtout de la digitale sur la pression artérielle.*

C'est là une œuvre absolument personnelle, et l'auteur n'a décrit que ce qu'il a observé lui-même sans s'occuper des recherches principales qui ont précédé ou suivi les siennes. Donc la lecture n'étant pas encombrée par beaucoup de citations d'auteurs, est ainsi plus facile et présente un intérêt spécial On comprend qu'il en soit ainsi, puisqu'il ne s'agit pas d'un véritable traité de la pression artérielle, mais d'observations patiemment recueillies par le regretté professeur. Pour ceux qui voudraient étudier complètement cette question importante, nous leur conseillons, non seulement de lire ce livre, mais encore de consulter un excellent livre de Broadbent (de Londres) intitulé, *The pulse* (1890) et le *Traité des maladies du cœur* de M. Huchard où cette question est étudiée d'une façon pratique. Ces divers ouvrages peuvent ainsi se compléter, et l'œuvre de Potain, puisqu'elle est personnelle. sera toujours utile à consulter. — K. V.

Traité de Médecine et de Thérapeutique publié sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert. T. IX. Maladies du cerveau et de la moelle.

Le *traité de Médecine* est à son IXe volume. Les maladies du cerveau et de la moelle y sont passées en revue sous la plume d'auteurs toujours compétents et qui ont tenu à ne négliger aucune source d'érudition nécessaire. Chaque article est à la fois original et traité avec le développement qu'il comporte. Les maladies de la moelle ont été affectées à M. le Pr Déjerine et M. Thomas. la paralysie générale à M. le Pr Raymond et M. Lérieux, la syphilis médullaire à M. le Pr Gilbert et M. Lion. MM. les Drs Bourneville, Hutinel, Klippel, Vaillar, Claude complètent l'ensemble des collaborateurs. A remarquer l'opinion de MM. les Prs Raymond et Déjerine sur l'étiologie de la paralysie générale et du tabes « La démonstration certaine de l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale ne peut être donnée actuellement » dit le premier. Même note pour le tabes « On peut se demander, dit M. Déjerine, si d'autres infections que la syphilis ne seraient pas susceptibles de se substituer à elle dans l'étiologie du tabes ».

Société de médecine de Berlin et Société médico-chirurgicale d'Edimbourg. — M. le Dr Huchard vient d'être nommé membre correspondant de ces deux Sociétés.

Traitement de la syphilis. — M. Leredde commencera le lundi 2 juin, à 10 h. 1/2 du matin, à la Policlinique de l'Etablissement dermatologique, 9, rue Beudant, une série de huit conférences sur le traitement de la syphilis et des progrès à y apporter. Il les continuera les lundis suivants à la même heure.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convulescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'urioémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Chloroforme chez les cardiaques et accidents de chloroformisation (1)

par H. Huchard, *de l'Académie de Médecine.*

A la dernière séance, mon savant collègue et ami Laborde, qui a bien voulu, sur la demande de plusieurs d'entre nous, étudier avec sa compétence si reconnue un grand problème physiologique, vous a dit qu'après avoir engagé le débat, j'avais le devoir de le résumer. Je le fais d'autant volontiers qu'une discussion ne peut pas indéfiniment rester entr'ouverte, et qu'il me semble se dégager de celle-ci des conclusions fermes et importantes.

Au début, de quoi s'agissait-il ? Il s'agissait de savoir ou plutôt de dire si une cardiopathie constitue une contre-indication pour l'anesthésie chloroformique; il s'agissait de savoir encore si certaines cardiopathies, plus que d'autres, exposent à des accidents par le fait de la chloroformisation. Et, tout naturellement, nous étions conduits à chercher, non seulement les causes des morts subites ou rapides dans le cours de l'anesthésie, mais encore les moyens de les éviter. Le débat s'est bientôt élargi; il a même un peu dévié entre champions de la chloroformisation et de l'éthérisation.

I

Pour la première question, l'accord médico-chirurgical a été presque unanime. Chirurgiens et médecins ont adopté, les uns d'une façon absolue, les autres avec quelques restrictions, les deux premières conclusions de ma communication :

1° Les accidents imputables au chloroforme ne sont pas plus fréquents, dans la majorité des cas, chez les cardiopathes ou les aortiques que chez les malades atteints d'autres affections ;

2° Les affections cardiaques ou aortiques ne sont pas des contre-indications à l'anesthésie chloroformique, aux conditions suivantes : qu'elles ne soient pas infectieuses à l'état aigu, ou qu'elles ne siègent pas sur un organisme trop affaibli ; que les cardiopathies chroniques ne soient pas arrivées aux périodes asystoliques ou dyspnéiques, ni constituées par des symptômes évidents de symphyse péricardique.

Dans sa magistrale communication, M. Guyon a complètement appuyé ces conclusions, puisqu'il a pu opérer sous le chloroforme et sans aucun accident des vieillards de quatre-vingts et même de quatre-vingt-onze ans dont la plupart étaient ou devaient être atteints de dégénérescence artérielle ou myocardique, et il ajoute : « Chez les athéromateux et cardiaques, le chloroforme est facilement toléré pendant l'opération, et ses suites sont simples. » Il a même comme Hare (de Philadelphie), et comme moi-même, constaté assez souvent l'amélioration de l'état cardiaque après une anesthésie chloroformique.

Par la voix autorisée de M. Brouardel, la médecine légale a parlé. Sur vingt-cinq enquêtes provoquées par des morts survenues au cours de la chloroformisation, il n'a d'abord constaté aucune lésion valvulaire ; trois fois, il a trouvé un cœur chargé de graisse sans altération du myocarde et une fois un cœur en dégénérescence graisseuse; mais dans ce cas, le malade, atteint de pachyméningite alcoolique, est mort, en réalité, de congestion pulmonaire.

Tous les autres orateurs qui ont pris part si brillamment au débat (MM. Berger, Bucquoy, Duret, Le Dentu, Lucas Championnière, Panas, Richelot) ont admis nos deux premières conclusions, tempérées de quelques réserves par MM. Chauvet, Delorme et Poncet.

Les observations et remarques que j'ai portées à cette tribune avaient certes été faites depuis longtemps par la plupart de mes savants collègues. Est-ce à dire que j'aie enfoncé une porte ouverte ? Non pas. La question importe peu du reste. Il s'agissait d'enhardir quelques chirurgiens timides ou de craintifs chloroformisateurs, et de rassurer surtout quelques malades trop timorés ; et ce débat spécial devait être porté par un médecin appelant à son aide chirurgiens, chimistes, physiologistes. A la suite des grandes discussions qui ont eu lieu à cette tribune sur les accidents de l'anesthésie chirurgicale en 1848, 1857, 1878, 1882, 1889-1891 (car cette question est sans cesse renaissante), une certaine indécision avait demeuré sur les contre-indications de cette anesthésie, et nous en avons pour preuve cette affirmation d'Alphonse Guérin qui redoutait l'action du chloroforme chez tous les malades présentant des intermittences du cœur et qui ajoutait cette phrase singulièrement troublante : « Pour les autres affections cardiaques, il n'est pas un chirurgien qui n'éprouve de l'hésitation avant d'administrer le chloroforme (1). » Depuis dix ans, malades et médecins étaient restés sur cette affirmation, sur cette hésitation qu'il importait de faire cesser.

Tout en résumant la discussion qui s'est continuée pendant ces derniers mois, je tiens à redire que certains accidents cardiaques, comme les intermittences et les syncopes, doivent être mis rarement sur le compte d'une cardiopathie organique. Les intermit-

(1) *Académie de médecine*, séance du 20 mai 1902.

(1) *Académie de médecine*, 15 juillet 1890. C'est A. Guérin qui a affirmé que la méthode de chloroformisation à doses fractionnées avait été indiquée d'abord par Simpson (*Académie de médecine*, 9 juin 1891).

Digitized by Google

tences que redoutait tant A. Guérin, n'indiquent que très rarement une lésion du cœur, et M. Bucquoy, dont l'acquiescement à nos conclusions a été si précieux pour nous, voudra bien nous permettre de ne pas partager son opinion sur l'insuffisance aortique dont il se défie, parce que, dit-il, « elle prédispose à la syncope ». Je ne puis que répéter et affirmer une fois de plus ce que je disais à l'ouverture de ce débat, et cela contrairement à une opinion commune : « La syncope, accident cardiaque, n'est jamais un symptôme d'affection du cœur, excepté dans deux maladies : l'angine de poitrine (*syncopa angens* de Parry), auquel cas elle est mortelle d'emblée, et la maladie de Stokes-Adams (pouls lent avec attaques syncopales et épileptiformes). » Quand des syncopes surviennent dans le cours d'une affection du cœur ou de l'aorte, il faut toujours chercher autre part que dans ces deux organes la cause ou l'origine de ces accidents, et on les trouve presque toujours dans une hystérie ou une épilepsie concomitantes. Sur 170 observations d'insuffisance aortique que j'ai pu compulser dans mes notes, je n'ai jamais, en dehors de ces deux causes, constaté la moindre lipothymie imputable à l'affection valvulaire. Celle-ci, d'autre part, n'expose pas aussi souvent qu'on l'a dit à l'anémie cérébrale, et je répète que 49 de ces malades observés par nous ont pu être impunément anesthésiés. La conclusion s'impose : L'insuffisance aortique n'est pas une « maladie à syncopes », et de ce fait elle n'expose pas plus que d'autres affections du cœur à la syncope chloroformique.

Restent l'adipose et la dégénérescence graisseuse du cœur dont on a peut-être un peu trop parlé. La plupart des orateurs l'ont signalée comme une contre-indication presque formelle à l'emploi du chloroforme, et M. Guyon dit qu'il ne peut partager ma confiance dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur. Or, cette dégénérescence cardiaque qu'on invoque à chaque instant, n'est pas le plus souvent une maladie autonome (sauf dans certaines intoxications par le phosphore, l'alcool, l'arsenic) ; elle est simplement une lésion surajoutée à diverses cardiopathies, et cette lésion, on peut la soupçonner, mais on ne la diagnostique pas d'une façon certaine ni constante, quoique les traités classiques l'affirment, bien timidement, du reste, et quoique Hardy ait tenté d'en esquisser sans succès la symptomatologie dans cette enceinte, en 1882. Sa symptomatologie, à laquelle Stokes rapportait autrefois, bien à tort, le phénomène respiratoire qui porte son nom (respiration de Cheyne Stokes) et qui est certainement d'origine rénale et urémique, est vague et indécise, et comme dans toutes les observations cette lésion est seulement reconnue sur la table de l'autopsie, il s'ensuit qu'une contre-indication *post mortem* n'a pas de valeur. D'autre part, on trouve des cœurs profondément dégénérés, comme les cœurs scléreux, et qui résistent très bien à l'anesthésie chloroformique. Je ne puis donc qu'affirmer, une fois de plus, ce que je disais à l'ouverture de ce débat : « Plusieurs médecins ou chirurgiens que j'ai interrogés sur le diagnostic de cette dégénérescence graisseuse m'ont toujours répondu par des symptômes traduisant ceux de la cardio-sclérose ou de la sclérose cardio-rénale. » Alors, envisagée de la sorte, la question ne nous sépare plus.

C'est l'*état dyspnéique* qui fait la contre-indication principale, comme dans les cas d'adipose cardiaque qu'il ne faut pas confondre avec la dégénérescence graisseuse du cœur dont la constatation, du reste, ne peut pas se faire par un simple examen macroscopique, seulement indiqué d'une façon banale dans trop d'observations. La cardio-sclérose est d'un diagnostic très facile, mais elle ne devient, encore une fois, un obstacle *temporaire* à l'anesthésie que par la dyspnée toxi-alimentaire dont une médication spéciale peut avoir facilement raison.

Sous la réserve de ces explications, l'accord va devenir unanime. Une affection du cœur, valvulaire, artérielle ou myocardique, pourvu qu'elle soit à la période de compensation suffisante, qu'elle ne soit pas compliquée de dyspnée toxi-alimentaire ou d'un état prononcé d'asystolie, n'est pas une contre-indication à l'anesthésie chloroformique. D'autre part, sur cent morts chloroformiques, il n'y en a pas dix où l'état cardiaque du sujet puisse être incriminé. Ces deux propositions très formelles, confirmées par l'expérience et l'observation des faits, ne doivent nullement nous détourner, comme paraît le craindre M. Delorme, de l'auscultation préalable des malades qui doivent être anesthésiés, ni de la surveillance spéciale à laquelle il convient toujours de soumettre les cardiaques au cours de la chloroformisation, et nous avons été tous d'accord sur la préférence à accorder à la méthode de petites doses données d'une façon continue, goutte à goutte, et sans intermittences.

II

Quand on cherche les causes de la mort par le chloroforme, il faut considérer trois agents : *chloroforme, chloroformiste, chloroformé*. Donc, rien n'est mystérieux dans cet accident, comme paraît le croire M. Poncet, qui a dit, avec une certaine exagération, que cet anesthésique est « dangereux et meurtrier, et qu'on ne sait ni pourquoi, ni comment il tue ».

a) Le chloroforme *impur* a été surtout accusé autrefois par Maurice Perrin (*Acad. de Méd.*, 1878), et, dans la grande discussion qui eut lieu à cette

Digitized by Google

même tribune, en 1882, Léon Le Fort a cité trois cas d'accidents mortels dus à l'impureté du chloroforme: ceux de Macleod, de Hüter et de Bergmann. D'autres faits semblables pourraient encore être rapportés.

Aujourd'hui, grâce aux précautions indiquées par Regnault autrefois, puis par M. Lucas-Championnière, enfin par MM. Prunier et Marty dont l'intervention dans le débat nous a été si utile, le danger de ce côté peut être considéré comme écarté. Cependant, Terrier et Patein, en 1884 ont signalé huit fois sur dix l'apparition d'une albuminurie transitoire après l'anesthésie chloroformique, et notre savant collègue et ami, Renaut (de Lyon), est venu vous démontrer que le chloroforme, même à l'état de pureté, détermine presque toujours une lésion rénale portant sur les cellules des tubes contournés à bordure en brosse, lésion importante d'après lui, puisqu'elle intéresse l'organe dans son élément glandulaire, dans sa cellule essentielle. Cette « atteinte rénale chloroformique » est une des raisons pour lesquelles on doit, d'après lui, préférer l'anesthésie par l'éther, et il ajoute : « Avec l'éther, on n'a à craindre que l'asphyxie, non plus la syncope. » Or, mourir asphyxié par l'éther, ou mourir syncopé par le chloroforme, c'est toujours la mort. Je ne sais même pas si je ne préférerais point la seconde à la première. Quoi qu'il en soit, les recherches d'un observateur tel que M. Renaut ont une très grande importance, et il s'agit seulement de savoir si cette altération rénale ne cesse pas avec la cause qui l'a provoquée, comme l'albuminurie transitoire de Patein et Terrier, comme les modifications du sang que Robert Lœwy et A. Paris ont remarquées dernièrement au cours de l'anesthésie chloroformique (1).

b) Le mode de chloroformisation et le chloroformiste peuvent être incriminés le plus souvent. Tel était l'avis de Sédillot dont on a beaucoup attaqué l'aphorisme un peu brutal : « Le chloroforme bien préparé et surtout bien administré ne tue pas. » Cependant, à la discussion académique de 1882, Gosselin, J. Guérin partageaint cette opinion, et M. Tillaux s'exprimait alors en ces termes : « J'ai le sentiment profond que toutes les fois qu'il m'est arrivé une alerte, elle tenait à une faute commise. La mort par le chloroforme est presque toujours le résultat d'une mauvaise administration. » Sous une autre forme, notre collègue et ami Richelot a traduit la même idée : « La plus grande somme de responsabilité incombe à celui qui donne le chloroforme. » Un grand nombre de chirurgiens partagent cette opinion, et je crois ne pas avoir été au-delà de la vérité, lorsque j'ai dit que les accidents chloroformiques sont dus, 90 fois et même davantage sur 100, plus à la chloroformisation défectueuse qu'au chloroforme lui-même. C'est pour cette raison que nous avons cru devoir insister sur l'importance du *choix* des anesthésistes parmi les élèves des services hospitaliers, et sur la nécessité de créer et d'améliorer, à la Faculté comme à l'hôpital, l'enseignement de l'anesthésie. « L'administration du chloroforme est un des éléments les plus essentiels de l'éducation médicale », vous a dit M. Guyon, et c'est pour cela qu'il insiste également sur cet enseignement et qu'il a pris soin d'afficher dans l'un des locaux de son service les règles générales de la chloroformisation. En disant incidemment « qu'il devrait y avoir des chloroformistes de profession à l'hôpital comme en ville », nous avons posé une question, résolue d'elle-même au moins en ville opérateurs et malades ayant toujours recours pour la chloroformisation à des hommes offrant, comme je l'ai dit, toutes les garanties d'instruction, d'expérience et de sang-froid. Ces garanties, on a le devoir de les chercher aussi bien à l'hôpital qu'en ville, et pour endormir leurs malades, les chirurgiens, — est-il besoin de le dire? — ont soin de faire un choix parmi leurs élèves, dont quelques-uns resteront toujours insuffisants et mal préparés par des qualités contraires pour ce genre d'opération. Car il ne faut pas dire avec l'un de nos collègues « que la chloroformisation doit être conduite comme une expérience physiologique ». La chloroformisation n'est pas une expérience, elle est une opération très délicate à côté d'une autre. Voilà ce que nous entendons par les mots « chloroformistes de profession », mots qui ont soulevé trop de protestations parce que notre proposition, peut-être insuffisamment présentée, a été mal comprise. Avec ces nouvelles explications, l'accord unanime doit être bien près de se faire sur cette troisième question.

c) Si beaucoup d'accidents sont dus au mode de chloroformisation et au chloroformiste, il en est un certain nombre qui viennent du chloroformé. — A ce point de vue, un nouvel élément vient d'être introduit dans le débat par une observation de Laqueur et un fait récent de Mignon (1). Le premier malade, un jeune homme qui devait subir une énucléation de l'œil, succomba brusquement après avoir inhalé à peine 2 grammes de chloroforme, et à l'autopsie on ne trouva pour expliquer ce fait qu'une hypertrophie du thymus déjà sigalée autrefois par Kundrat. Le second malade, âgé de vingt-deux ans, opéré d'une hernie inguinale, mourut subitement vers la fin de l'anesthésie, et M. Mignon trouva à l'autopsie un

(1) *Société de Biologie*, 16 février 1902.

(1) Laqueur. *Deutsch. med. Woch.*, 13 février 1902. Mignon. *Soc. de chir.*, 11 mars 1902.

Digitized by Google

thymus volumineux dont l'extrémité inférieure recouvrait complètement la crosse de l'aorte. Ces faits de morts subites par hypertrophie du thymus sont connus depuis longtemps, et ils ont été pour la plupart réunis dans une thèse récente (2). Malheureusement, l'hypertrophie du thymus, capable par elle-même de déterminer la mort par les trois mécanismes du spasme glottique, de la compression trachéale et de l'arrêt cardiaque, n'est pas toujours facile à diagnostiquer au moyen de la percussion présternale, ni même facile à dépister, comme le croit Laqueur, par la simple hyperplasie des follicules de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx. D'autre part, quand même de nouvelles recherches qu'il convient d'attendre à ce sujet confirmeraient cette opinion on trouvera toujours un certain nombre d'opérés morts du chloroforme en l'absence de toute hypertrophie du thymus.

Il devient alors de toute nécessité de faire intervenir un autre élément que l'on n'explique pas toujours, mais que l'on constate facilement : l'idiosyncrasie du sujet, sa susceptibilité toxique. Cette susceptibilité toxique est variable pour le même poison chez différents animaux, elle est aussi variable, sans qu'on sache pourquoi, qu'il s'agisse d'éther ou de chloroforme, chez différents malades. Comme l'a rappelé autrefois Trélat (1882), certains opérés meurent après avoir inspiré vingt gouttes de chloroforme, tandis que la plupart en consomment des quantités relativement considérables sans nul inconvénient. La mort par syncope peut survenir avant l'anesthésie, à son début par spasme glottique ou syncope, à la fin par intoxication ou encore par syncope, enfin par asphyxie due à la rétrocession de la langue. Le mécanisme physiologique de la mort n'est donc pas univoque ; on meurt par choc moral, traumatique, chloroformique.

Sans l'anesthésie, Desault voit succomber subitement un malade au moment où il marque avec le doigt sur le périnée l'endroit précis où il devait poser son bistouri. Sans anesthésie Verneuil incise un abcès du cou, et au moment où il écarte les tissus avec les doigts, le malade tombe raide mort. Cazenave (de Bordeaux) devait amputer un homme de quarante-deux ans ; il approche de la bouche du malade un mouchoir où il n'y a pas une goutte de chloroforme ; après quatre inspirations, mort subite par syncope. Sans anesthésie encore, le chirurgien anglais Millers, assisté de Simpson, fait une simple incision de la peau ; le malade pâlit, succombe à la syncope. Toujours en l'absence d'anesthésie, M. Tillaux (1882) opère un lipome de la joue ; à peine l'incision était-elle faite, que le malade s'affaissa sur une chaise et mourut. Si on avait employé le chloroforme, ajoute-t-il, on n'eût pas manqué de l'incriminer. Un malade de Dowson (*The Lancet*, 1874) doit être opéré pour un rétrécissement infranchissable de l'urètre. Avant l'anesthésie, on remarque une surexcitation très grande, un tremblement presque généralisé qui se calment assez promptement. Après inhalation de faibles quantités de chloroforme, survient une période d'excitation très grande avec mouvements toniques et cloniques violents des extrémités, mort rapide consécutive par asphyxie.

Voici maintenant un exemple de syncope traumatique réflexe, dû à Trélat (*Acad. de méd.*, 1882). Chez un jeune homme de vingt ans, il opérait un lymphadénome de la région sus-hyoïdienne, gros comme une pomme de reinette. L'opération qui avait marché à souhait était presque terminée, la compresse chloroformée était déjà supprimée, le malade respirait régulièrement et librement, quand, au moment de l'enlèvement des dernières attaches de la tumeur, il poussa un cri, bientôt suivi de mouvements du bras et de la main, de contractions du tronc et de syncope mortelle. C'est la malheureuse répétition de l'expérience de Vulpian : un chien, anesthésié par le chloroforme, respire librement ; on pince un des rameaux terminaux du pneumogastrique : l'animal est frappé de syncope et meurt aussitôt.

Du reste, pendant l'anesthésie même la plus profonde, l'influence de l'irritation des nerfs sensitifs n'est pas entièrement abolie chez les animaux ; elle peut être même exaltée au point d'arrêter les mouvements du cœur. Vulpian a montré que si, chez un animal profondément anesthésié, on électrise le bout central du nerf sciatique, on peut agir encore sur le bulbe en diminuant le nombre des mouvements respiratoires, et même en les arrêtant. L'inertie physiologique de la moelle n'est qu'apparente ; elle est toujours capable de conduire des excitations centripètes, et le centre nerveux respiratoire a conservé en partie sa réflectivité.

Les exemples cités par nos collègues et nous sont amplement suffisants. Ils montrent, une fois de plus, que l'on peut mourir avant le chloroforme, par le chloroforme, ou encore sous le chloroforme, non pas toujours par lui. Le coupable ici, ce n'est plus ni l'agent anesthésique lui-même, ni l'opérateur, ni le chloroformiste, c'est le malade qui intervient avec ses réactions nerveuses exagérées ses réflexes surexcités, sa susceptibilité toxique, toutes choses qui lui sont personnelles. Aussi, cette pensée depuis longtemps exprimée, mais souvent trop oubliée, a-t-elle trouvé un écho chez MM. Brouardel et Panas, dans

(2) J. Ducrot. De la mort subite chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus, au point de vue médico-légal. *Thèse de Paris*, 1901.

Digitized by Google

les deux passages suivants auxquels on doit souscrire sans réserve :

« Le mode d'administration des anesthésiques n'est pas le seul facteur à invoquer lorsqu'il survient un accident ; la personnalité du patient, sa susceptibilité spéciale sont souvent les causes principales de la mort » (Brouardel).

« Les seuls sujets qui, réellement, courent du danger et méritent une surveillance redoublée au début de l'anesthésie, ce sont les nerveux à réflexes intensifs, faciles à se produire et à se prolonger » (Panas).

En un mot, s'il faut compter avec le chloroforme et son administrateur, il faut compter encore plus avec le malade, et celui-ci est rarement un cardiaque. C'est là que la physiologie va tout à l'heure entrer en scène.

III

L'anesthésie par l'éther est-elle toujours préférable à l'anesthésie par le chloroforme ? Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait difficile de répondre d'une façon précise à cette question, du reste mal posée. A son sujet, est intervenue la vieille querelle, toujours renouvelée d'Hippocrate et de Galien, et dans les deux camps il y a des enthousiastes. « Vous comptez vos morts », disent avec une ironie cruelle et mal contenue les éthérisateurs aux partisans du chloroforme. Ceux-ci peuvent répondre qu'il y a des morts dans les deux camps : une mort sur 13.000 ou 14.000 éthérisations (Julliard, Gurlt) ; une mort sur 30.000 éthérisations (Poncet). Mais des chiffres semblables peuvent être opposés par les chloroformistes : aucune mort sur un total de 30.000 opérés par Nussbaum et Panas ; une seule mort sur 12.500 chloroformisations, d'après Billroth. Et comme, suivant sa vieille habitude, la statistique dément le lendemain ce qu'elle a voulu affirmer la veille, nous constatons les faits suivants : pendant seize ans (de 1848 à 1864), dans huit hôpitaux anglais, on ne compte qu'une mort sur 17.000 ; puis, dans les mêmes hôpitaux, en quatre ans (de 1865 à 1869), il y a 6 morts sur 7.500. Donc, un accident sur 17.000 d'abord, puis 1 sur 1.250 ensuite. Pendant la guerre de sécession des Etats-Unis, il y a 7 morts sur 80.000 chloroformisations (1 sur 11.448). Il en résulte que les statistiques ne prouvent rien ; elles portent sur des faits dissemblables, sans tenir compte de l'opérateur, de l'opéré, ni de l'anesthésiste, et l'on ne s'aperçoit pas qu'il suffit d'un seul chirurgien, malheureux, imprudent ou malhabile, pour perturber tout à coup une statistique laborieusement édifiée pendant des années. On se bat parfois avec des chiffres, quand on devrait se battre toujours avec des arguments physiologiques qu'on laisse un peu dans l'oubli. Il ne s'agit pas d'une question de statistique, trop complaisante pour les uns, trop sévère pour les autres. La question est plus haute, puisqu'elle doit être affaire d'indications ou de contre-indications, et quoique tout dernièrement en Suisse (1) on ait prétendu que les complications pulmonaires étaient autant à craindre après les anesthésies chloroformiques qu'après la narcose par l'éther, je crois parfaitement justifiées les conclusions suivantes sur lesquelles j'insistais le 11 février 1902 :

L'anesthésie par l'éther est absolument contre-indiquée chez les pulmonaires, chez les dyspnéiques et surtout chez les dyspnéiques par intoxication, principalement chez les malades menacés d'œdème aigu du poumon, en raison de l'hypersécrétion bronchique qu'elle détermine ; et si cette anesthésie, avec sa bruyante ivresse, possède une dose maniable plus éloignée de la limite toxique, elle a été accusée de provoquer des accidents secondaires assez graves du côté de l'appareil broncho-pulmonaire. On peut ajouter, avec Finney (de Philadelphie), que l'éthérisation est préférable chez les nerveux, les rénaux, les malades à tension artérielle très basse, et qu'en raison de l'action excitante de l'éther, elle est encore indiquée, comme l'a dit Panas dès 1882, dans tous les cas d'anémie profonde et de dépression considérable de l'organisme.

La question des indications des deux anesthésies est posée sans être encore résolue.

IV

On sait que Gosselin préconisait une méthode un peu compliquée de chloroformisation à doses progressives et intermittentes, dans le but de combiner suffisamment des inhalations d'air et de chloroforme. Procédé infaillible, d'après lui, au point qu'il arriva, en paraphrasant la formule de Sédillot, jusqu'à dire : « Le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas de sérieux inconvénients et surtout il ne donne pas la mort lorsqu'il est bien administré. » Cette méthode était une sorte de ces mélanges titrés d'air et de chloroforme, imaginés dès 1862 par Clover (1), puis plus tard par Paul Bert en France. Le chirurgien anglais faisait respirer un mélange à 4 1/2 p. 100 d'air et de chloroforme. Tout alla bien pendant cinq ans, quand, de 1867 à 1874, on signala cinq cas de mort dont un entre les mains de Clover lui même. Ce procédé fut abandonné.

Au cours de la discussion actuelle, M. Reynès (de Marseille) fit part à l'Académie d'un travail où il établit les avantages de l'anesthésie avec un mélange de

(1) Paul Campiche. Contribution à l'étude de la narcose à l'éther. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 février 1902.

(2) *Med. Times and Gazette*, 1862.

Digitized by Google

deux parties de chloroforme pour une partie d'alcool absolu et d'éther anesthésique, mélange destiné à atténuer les inconvénients respectifs du chloroforme et de l'éther, l'alcool jouant le rôle d'un précieux et efficace stimulant du cœur et du système nerveux. De la sorte, « l'anesthésie se fait sans excitation ni convulsion, le sommeil est régulier, le réveil prompt et lucide ; presque pas de vomissements ». L'avenir seul pourra confirmer ou infirmer ces espérances.

Enfin, dans le but d'éviter les syncopes respiratoires se produisant au cours de l'anesthésie, et les accidents réflexes qui peuvent survenir dès le début, M. Richelot recommande, avant la chloroformisation, l'inhalation préalable de bromure d'éthyle à petites doses et capables seulement de déterminer un engourdissement anesthésique de la muqueuse pharyngo-laryngée. Ce procédé, inspiré par l'étude pathogénique des accidents, a donné de bons résultats entre les mains de son auteur, et il mérite certainement l'attention des praticiens.

V

Après la discussion qui eut lieu sur le même sujet à l'Académie, il y a dix ans, et qui provoqua de la part de deux physiologistes éminents, MM. F. Franck et Laborde, des études si instructives, nous étions en droit d'attendre, encore aujourd'hui, le témoignage de la physiologie, et nous avons été heureux d'entendre à ce sujet la remarquable communication de M. Laborde. Je n'entreprendrai pas de la résumer; elle est dans vos souvenirs. En s'appuyant sur la physiologie et sur l'expérimentation, notre collègue recommande l'emploi d'une injection hypodermique préalable constituant, comme il le dit, « le vrai moyen de modification préventive et généralisée de la *sensibilité* nerveuse, atteignant à la fois la sensibilité des nerfs *localement* impressionnés, et l'hyperexcitabilité individuelle du sujet ». Cette injection d'un centimètre cube se compose, pour 10 grammes d'eau, de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, de 5 centigrammes de sulfate d'atropine, d'un gramme de sulfate de spartéine. Il mentionne encore les agents locaux d'analgésiation préalable par les badigeonnages de la muqueuse nasale et de la région pharyngo-glottique, et reconnaît que le procédé de M. Richelot peut avoir également pour résultat de s'opposer préventivement à la production du réflexe d'arrêt par le chloroforme.

Sans doute, les objections ne manqueront pas à la pratique préconisée par M. Laborde : on lui dira qu'un accident survenant en moyenne sur 5.000 chloroformisations, il serait nécessaire de pratiquer un nombre à peu près égal d'expériences pour entraîner la conviction ; on lui répondra encore, comme mon collègue de Necker, M. Routier, m'a autorisé à le dire, que ces injections employées par lui autrefois provoquent assez souvent des vomissements chez les malades ; enfin, on voudra critiquer cette association médicamenteuse de la morphine, de l'atropine et de la spartéine.

A ce dernier point de vue, je suis de ceux qui, au nom même de la physiologie, condamnent sévèrement ces associations médicamenteuses dont on abuse singulièrement ; elles ne sont presque toujours que des mariages contre raison et contre nature, et elles réunissent trop souvent des substances faites pour être séparées. Mais, lorsqu'elles sont synergiques, lorsque les agents médicamenteux dont elles se composent sont destinés à se prêter un mutuel appui, lorsqu'elles agissent dans un sens bien déterminé par la physiologie de chaque remède, je crois, au contraire, qu'il faut y avoir recours. Ici, je supprimerais volontiers l'atropine pour laquelle certains sujets éprouvent une grande susceptibilité toxique, et cela d'autant plus que l'antagonisme thérapeutique n'est pas toujours synonyme d'antagonisme physiologique. Mais, la spartéine se comporte dans cette formule comme agent cardio-tonique, et la morphine agit doublement, comme anesthésiant et médicament cardio-vasculaire. La spartéine agit sur le cœur central, en le tonifiant ; la morphine favorise la circulation périphérique en dilatant les vaisseaux, et par conséquent facilite, allège le travail du moteur central. On ne saurait trop mettre en relief les propriétés stimulantes que l'opium exerce sur la circulation, propriétés déjà bien connues des auteurs anciens, de Sydenham, Bordeu, Cullen, Hufeland ; et j'en appelle à vous-même, mon cher Laborde, qui avez trop voulu oublier dans ce débat vos propres travaux sur cette question et qui avez contribué naguère pour votre part, à la Société de biologie et dans la thèse de L. Calvet dont vous êtes l'inspirateur (1), à démontrer expérimentalement l'action cardio-vasculaire de la morphine. La clinique vous donnait raison, puisqu'elle établissait vers la même époque, en 1877, par mes observations, celles de Cliffort Albutt, de Péchol ier, les bons effets de la médication opiacée et morphinée dans certaines affections du cœur, bons effets qui viennent d'être à nouveau confirmés tout récemment par Ewald (de Berlin)(2).

(1) Laborde. *Soc. de biologie*, 1877. — L. Calvet. Etude expérimentale et clinique sur l'action de la morphine, 1877.

(2) Huchard. La médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur, *Journal de thérapeutique de Gubler*, 1876. L'action eupnéique de la morphine, *Union méd.*, 1879. — Cliffort Albutt. On the hypodermic use in the diseases of the heart and great vessels, *The practitioner*, t. III. — Pécholier. Quelle est la vertu de l'opium ? Montpellier, 1880. — C. A. Ewald. Ueber subacute Herschwæche im Verlaufe von Herzfehlern nebst Bemerkungen zur Therapie der Herzkrankheiten. *Berl. Klin. Woch*, 1901.

Digitized by Google

Au sujet de l'action combinée, ou plutôt successive, de la morphine et du chloroforme, vous auriez pu encore, pour gagner complètement votre procès, vous appuyer sur la plus haute autorité physiologique du siècle, sur Cl. Bernard, dont les expériences sont résumées par les deux propositions suivantes :

« 1° Si l'on injecte une solution de chlorhydrate de morphine chez un animal qui vient d'éprouver les effets du chloroforme, cet animal est repris de ces derniers effets, c'est-à-dire qu'il redevient insensible ;

« 2° Si l'on fait inhaler du chloroforme à un animal narcotisé par la morphine, il faut beaucoup moins de chloroforme qu'à l'état normal pour produire l'insensibilité, ce qui veut dire que l'insensibilité arrive beaucoup plus vite que dans les circonstances ordinaires (1).

En nous basant donc sur les expériences physiologiques qui ne sont que « des observations provoquées », comme le disait Cl. Bernard, nous arriverons à résoudre ce problème si complexe de l'anesthésie chirurgicale. « C'est par la physiologie que les grands et vrais progrès seront accomplis », s'écriait Trélat au cours de la discussion académique sur la chloroformisation en 1882. La thérapeutique sera physiologique ou elle ne sera pas, comme je ne cesse de le répéter, et je n'hésite pas, pour ma part, à joindre mon étonnement à celui de mon savant collègue et ami Laborde, de voir que les principes physiologiques ne continuent pas toujours à nous guider dans la solution des plus graves problèmes médicaux. Si, comme l'a dit Cuvier, par l'observation, nous écoutons la nature, nous devons laisser aux expérimentateurs le soin de l'interroger, et lorsque la physiologie a parlé, nous avons toujours une réponse clinique et thérapeutique à lui fournir. Sans doute, on ne pourra jamais enlever tout danger à l'anesthésie chirurgicale, et comme on l'a dit, la question de vie ou de mort est toujours posée lorsqu'on y a recours ; mais, à l'encontre de ceux qui ne sont pas éloignés de participer au mouvement trop réflexe de Marion Sims, lequel témoin d'un seul accident chloroformique, proposait, ni plus ni moins, « d'abandonner l'usage entier du chloroforme », nous dirons avec un peu plus de calme, comme Chassaignac : « Il n'y a guère plus de danger à respirer le chloroforme qu'à voyager en chemin de fer. »

Alors, pourquoi une si longue discussion, et si souvent renouvelée dans cette enceinte ? C'est parce que, après avoir compulsé toutes les observations, on éprouve le sentiment que les accidents chloroformiques sont pour la plupart évitables ; car bon nombre d'entre eux sont dus, soit au chloroforme lui-même dont on peut aujourd'hui assurer la pureté, soit au procédé de chloroformisation qui se perfectionne de jour en jour, soit au chloroformiste qui devrait se perfectionner encore davantage... Alors, il n'y aura bientôt plus qu'un seul coupable, le chloroformé, avec sa trop prompte susceptibilité toxique, avec ses réactions nerveuses souvent exagérées, ses réflexes trop intensifs. Nous nous demandons alors pourquoi on ne cherche pas à y mettre un frein, par l'insensibilisation préalable de la muqueuse respiratoire au moyen des inhalations de bromure d'éthyle, ou de quelques badigeonnages cocaïnés, pourquoi on ne cherche pas encore à *préparer* en quelque sorte l'opéré par l'injection préventive de morphine ou de spartéine. En un mot, si le chloroforme, si la chloroformisation, si le chloroformisateur sont à juste titre l'objet de toutes nos sollicitudes, pourquoi le chloroformé n'aurait-il pas droit à la même attention ? Une question bien posée est déjà presque résolue. La voilà posée.

Dans cette étude résumée dont vous excuserez cependant la longueur, nous nous sommes laissé entraîner à bien des considérations étrangères au sujet que nous avions d'abord traité devant vous : le chloroforme chez les cardiaques. Mais la discussion a un peu dévié, et j'ai dû la suivre dans toutes ses déviations. En tout cas l'accord est fait sur l'innocuité relative du chloroforme chez les cardiaques, et sur les autres points, il est près de se faire. Les conclusions qui terminaient notre première communication n'ont subi aucune atteinte de ce long et intéressant débat, elles en sont sorties comme fortifiées par vos concluantes observations, et nous n'avons qu'à modifier la dernière conclusion, en ajoutant un simple adverbe avec un membre de phrase à la formule trop intransigeante de Sédillot :

Le chloroforme pur et régulièrement administré, sur un malade bien préparé pour le recevoir, ne tue *presque* jamais.

Un mot pour finir.

On remarquera que je n'ai mentionné aucun des moyens préconisés contre les divers accidents chloroformiques. C'est à dessein que j'ai gardé le silence sur ce sujet, du reste bien connu. En matière d'accidents de chloroformisation, si la thérapeutique a le devoir impérieux de guérir, elle doit avant tout chercher à prévenir.

(1) Cl. Bernard. *Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie*, p. 265 Paris, 1875.

Digitized by Google

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Le rôle social du médecin

La place grandissante que le médecin occupe dans la Société moderne lui crée aussi des obligations et des charges nouvelles. Son rôle n'est pas seulement de soigner les malades et d'apporter à sa tâche une compétence consciencieuse et un dévouement qui dans les conjonctures d'urgence se montre sans bornes. D'autres devoirs lui incombent : après avoir veillé à la santé des personnes, de s'intéresser à celle de la race. L'hygiène sera individuelle à la fois et sociale. Cette dernière, j'entends l'hygiène sociale, si explorée soit-elle depuis quelques années, laisse encore bien des points hors de notre atteinte. On pourvoit sans doute à combattre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis. Pareilles préoccupations, dignes d'applaudissement à coup sûr, n'aboutissent pas néanmoins à des mesures et à des améliorations aussi radicales et positives qu'il conviendrait. M. Cazalis en a proposé une et la presse en a parlé, mais pas avec toute l'attention qu'eût méritée son projet. Défendre la société contre les suites du mariage, j'entends les tares de dégénérescence, c'est là une tâche essentielle. On connaît le remède fixé par l'auteur pour la mener à bonne fin : l'institution de livrets de mariage. Avant de signer le contrat qui leur permettra de créer une famille, on exigera des deux fiancés un certificat constatant qu'ils ne risquent pas au moins de donner naissance à des êtres mal conformés et qui traîneront dans la vie une existence de misérable.

On réclame pareil certificat dans des conditions bien moins graves et lorsqu'il ne s'agit que d'intérêts pécuniaires. Une compagnie d'assurances ne vous autorise pas à placer un capital sur votre tête si vous n'avez justifié d'une bonne santé préalable. Or, ici, il ne s'agit que d'un élément pécuniaire à sauvegarder. Quand ce n'est plus un risque d'argent qui est en jeu, mais un risque de santé qui, s'il n'est pas conjuré, va mettre en péril non pas seulement un individu isolé, mais toute la série de générations qui en descendront, oh ! alors, nul s'émeut. La société se désintéresse de la question. Elle n'en a pas le droit, déclare le Dr Cazalis, et il a raison. Le premier il a songé à faire pénétrer dans le domaine de la morale sociale un certain nombre d'acquisitions scientifiques récentes. Les anciennes prescriptions morales dont la plupart reconnaissaient déjà une raison d'hygiène à leur racine, se renforceront de prescriptions morales neuves tirées des données que la science moderne a définitivement établies.

La morale scientifique, M. le Dr Cazalis l'inaugure avec son projet de livrets de mariage (1). Aujourd'hui il élargit encore le rôle du médecin. L'homme et la race valent par le corps et la puissance de résistance physique ; seulement leur supériorité s'accuse encore par le développement de l'esprit et la noblesse du cœur.

L'instruction remplit la mémoire ; les programmes scolaires s'acquittent de la tâche et copieusement. Ils s'évertuent à bourrer les cerveaux ; ils ne s'inquiètent pas d'élever les âmes. Il faut à l'homme un idéal : y a-t-on songé depuis vingt ans ?

Cet élément d'éducation morale qu'est l'éducation esthétique, n'a pas reçu les encouragements qui eussent été nécessaires. Le XIXe siècle, admirable comme période de développement scientifique, s'est montré au-dessous de tout dès qu'il s'est agi d'art. L'architecture et le mobilier, surtout, se distinguent par le mauvais goût barbare, qui a inspiré toutes les productions décoratives. « Rien de plus navrant que l'aspect de nos logis et logements d'ouvriers ou d'employés pauvres, que la vue de ce mobilier, de tous ces objets qui leur sont vendus dans les bazars de nos villes ou dans les foires de nos villages. »

Le mal est grand ; est il possible de le réduire ? L'ouverture de magasins d'art populaire, comme M. Cazalis le demande depuis longtemps, lutterait avec avantage dans cet effort à reconquérir le goût perdu. Les modèles simples et sobres, conformes à leur destination, demeureraient en outre le plus possible dans la tradition nationale.

Bien des essais seraient à tenter dans cette voie. M. Cazalis s'y attelle en pionnier courageux. Le relèvement physique et moral de l'homme est attaché à la réalisation de prescriptions et d'habitudes multiples. Il est sage de ne négliger aucune de celles qui aident à atteindre le but. Z.

(1) Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre un vœu dans ce sens. Il demande « que la Chambre des députés étudie et décide dans quelle mesure la loi sur le secret professionnel pourrait être amendée, afin de permettre aux médecins de donner à la famille les renseignements nécessaires à assurer la salubrité de l'union projetée et la sécurité des générations à venir. » Toutes nos félicitations au Conseil municipal pour cette heureuse initiative.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Médicaments nouveaux : Hypnopyrine. — Ce nouveau corps cristallin est un dérivé chloré de la quinine : il se présente sous forme de fines aiguilles ; d'une très grande amertume, soluble dans huit fois environ son poids d'eau, très solubls dans l'eau bouillante et l'alcool, il est insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Ce médicament possédant des propriétés à la fois antithermiques, hypnotiques et analgésiques, est employé contre certaines fièvres à caractère hyperesthésique (tuberculose) et dans les affections douloureuses : migraines, névralgies, rhumatismes.

Mode d'emploi : Cachet de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 et pilules de 0 gr. 20.

L'hypnopyrine serait d'une innocuité absolue, mais il est préférable de ne pas dépasser la dose de 2 grammes dans les 24 heures pour les adultes.

Ce médicament expérimenté dans plusieurs hôpitaux de Paris a donné les résultats suivants : ce serait un excellent analgésique et un bon hypnoptique, en même temps qu'un antithermique léger, abaissant la température d'un demi-degré à chaque prise de 0 gr. 50.

Inoffensif pour l'estomac, il produirait un effet tonique et apéritif, comme la quinine, sans irriter le tube digestif.

Digitized by Google

MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement rénal des cardiopathies artérielles (1)

(Les cardiaques aux eaux minérales)

Par H. Huchard, de l'*Académie de médecine, médecin de l'Hôpital Necker*

« Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. »

Cette affirmation que j'aime à souvent redire, comme j'aime à l'appuyer sur de nombreux exemples, vous voulez bien la reproduire au commencement de votre thèse inaugurale, et vous ajoutez : « Ce sont les maladies du cœur qui réservent au praticien expérimenté ses plus beaux succès thérapeutiques. »

Laennec, qui ne s'est jamais trompé, l'avait dit avant nous, et il avait bien vu qu'on « réussit à faire vivre certains malades pendant quinze ou vingt ans avec des maladies de cœur plus ou moins graves. »

Sans doute, on ne peut pas, donc on ne doit pas, à l'exemple de quelques eaux minérales de l'étranger qui proclament bruyamment par une réclame malsaine des cures aussi miraculeuses que mystérieuses, on ne doit pas, dis-je, poursuivre la guérison anatomique de ces maladies, guérison aussi impossible que le serait celle des cicatrices d'une blessure. La thérapeutique vraiment scientifique vise la *guérison fonctionnelle*, et lorsqu'elle est bien conduite suivant des règles précises et presque mathématiques, d'après une médication spéciale qui a été de notre part l'œuvre de trente années d'études, je dis et j'affirme que cette guérison fonctionnelle peut se maintenir pendant de longues, de très longues années, et c'est ainsi que nous avons pu constater des survies de dix, vingt et même trente ans, sans trop de souffrances. Car, la curation des cardiopathies marche de pair avec la sédation de la douleur, œuvre divine, a dit Hippocrate (*sedare dolorem, divinum opus*).

Que nous sommes loin du temps où Sénac, en 1749, écrivait que « l'étude des cardiopathies donne souvent l'inutile satisfaction de mieux connaître l'impossibilité de les guérir » ; où vers le commencement du XIXe siècle, Broussais parlait des maladies de cœur comme d'une « étude de pure curiosité, qui ne fournit rien à la thérapeutique, et que s'opiniâtrer à la rechercher, c'est s'exposer au hasardeux, à l'hypothétique et même à l'imaginaire » ; où Corvisart proclamait l'incurabilité des maladies du cœur, et jetait ce cri de troublante désespérance : « On trouve presque partout le fatal pronostic de la mort; *hœret lateri lethalis arundo* » !

Je ne cite pas les contemporains. Mais, pour ceux qui font consister encore la cardiothérapie dans l'emploi des drogues et qui ne connaissent que la digitale pour les affections valvulaires, et les iodures (dont on abuse singulièrement) pour les maladies artérielles, pour ceux qui ne voient que le cœur central sans prendre garde au grand cœur périphérique, pour ceux encore en France qui, dans leurs écrits ou leurs traités, ne prononcent même pas le nom de « cardiopathies artérielles » (probablement parce que leur étude est née chez nous), pour ceux enfin qui ignorent, parce qu'ils veulent ignorer — la pire des ignorances ! — la thérapeutique doit rester décevante, comme aux temps de Sénac, de Corvisart et de Broussais.

Lorsque vous êtes entré comme interne dans notre service de l'hôpital Necker, il y a dix-huit mois, vous convenez que « le terme de maladie du cœur était pour vous, comme pour tant d'autres, synonyme de souffles organiques, d'altérations orificielles, et de troubles hydrauliques consécutifs. » Vous vous êtes mis ardemment à l'œuvre, et comme vos aînés dans notre service, vous êtes arrivé à aimer l'étude de la cardiopathologie parce que vous l'avez bien apprise; vous avez compris que les cardiopathies artérielles constituent la grande majorité (70 0/0) des maladies du cœur, vous avez éprouvé la plus grande satisfaction pour un médecin, celle de constater la curabilité *fonctionnelle* de ces maladies, et vous avez accepté avec un réel enthousiasme le sujet de thèse que je vous ai proposé : Le traitement rénal des cardiopathies artérielles.

« La maladie est au cœur, le danger au rein », comme je ne cesse de le dire, et j'ajoute que dans toutes les cardiopathies valvulaires et surtout artérielles, la thérapeutique doit toujours viser, non le cœur central, mais le cœur périphérique. C'est cette thérapeutique qui nous a donné, comme vous le dites, les « plus beaux succès » parce qu'elle s'appuie sur des principes physiologiques que l'on me permettra d'énoncer une fois de plus :

« Dans les maladies du cœur, et même dans les états morbides divers, l'insuffisance cardiaque ne vient pas seulement du moteur central ni de ses lésions dégénératives ou de sa faiblesse, elle est encore souvent en

(1) Extrait de la lettre-préface de la thèse de M. le Dr Bergouignan, ancien interne des hôpitaux (Paris 10 mai 1902).

Digitized by Google

rapport avec les obstacles périphériques que le myocarde parvient difficilement à surmonter, et il suffit de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Alors, au moyen de la médication hypotensive, réalisée par le régime alimentaire, par le massage et certaine gymnastique musculaire, par les éthers nitriques parmi lesquels la trinitrine et le tétranitrol occupent la première place, peut-être par l'organothérapie, le cœur périphérique vient au secours du cœur central, après en avoir troublé et entravé le fonctionnement (1). »

En un mot, si à l'état normal les vaisseaux sont les auxiliaires du cœur, ils en deviennent les plus grands ennemis à l'état pathologique, lorsque par leur contractilité exagérée ils constituent des obstacles que le moteur central de la circulation est obligé de vaincre. Le développement de l'artério-sclérose est toujours précédé par une phase de troubles fonctionnels consistant dans un état plus ou moins accusé de vaso-constriction et d'hypertension vasculaire consécutives, dues à des causes diverses, parmi lesquelles les causes toxiques et le régime carné intensif, si riche en toxines vaso-constrictives, tiennent la première place. Combattre dès le début cette hypertension dans sa cause par la prescription d'un régime alimentaire qui devient la base du traitement, la combattre encore dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive, favoriser de bonne heure l'élimination des toxines par le *traitement rénal* ou diurétique, tel est le problème à résoudre. Reconnaître, de bonne heure également, la première période fonctionnelle de la maladie, faire le diagnostic précoce de la *présclérose* caractérisée par un état d'hypertension artérielle plus ou moins permanente, c'est œuvre de clinicien. Il prévoit les lésions anatomiques qui seront tôt ou tard la conséquence de cette sorte de surmenage vasculaire presque ininterrompu, et quand la clinique prévoit, la thérapeutique est bien près de prévenir...

Donc, nous avons en main la médication préventive de l'artério-sclérose. Sans doute cette opinion n'est pas admise par quelques théoriciens qui, s'appuyant sur de simples méditations conçues dans le silence du cabinet, n'entendent pas la grande voix des faits, et admettent, sans jamais en fournir la preuve, que l'hypertension sanguine est l'œuvre et l'indice de lésions vasculaires déjà constituées et presque latentes. Or, il convient d'attendre, pour répondre et combattre à armes égales, que ces méditations s'appuient sur un nombre même inférieur à celui de 7.400 observations que vous avez eu la patience de compulser.

(1) La thérapeutique ; ce qu'elle doit être, *Journal des Praticiens*, avril 1902.

Les grands savants du jour, ou ceux qui se croient tels — « hommes pleins de science et parfois dépourvus de sens », comme disait J.-J. Rousseau — ne peuvent concevoir une maladie sans lésion, de sorte qu'ils attendent pour agir, que les altérations anatomiques, une fois constituées soient devenues irrémédiables. Ils renoncent alors aux bienfaits de cette *thérapeutique fonctionnelle* dont je parlais il y a quelques semaines (1) à la leçon inaugurale de mon cours, et qui s'appuie cependant sur la physiologie. « Si la fonction fait l'organe, la maladie de la fonction fait la maladie de l'organe », a dit Claude Bernard. Telles sont les basse de la thérapeutique : elle sera physiologique, ou elle ne sera pas.

Il devait y avoir une sanction à cette étude sur le traitement rénal (et vasculaire) des cardiopathies artérielles. Cette sanction, vous allez la donner dans l'avenir aux eaux d'Evian dont je suis, comme vous le savez, un grand partisan, ainsi que d'autres eaux similaires. Pour bien marquer l'importance qu'il convient d'attacher à cette médication hydro-minérale, il suffit de reproduire un extrait de la conférence que j'ai faite en septembre 1901, à la fin du voyage aux eaux minérales du Dauphiné et de la Savoie.

Quand un malade est envoyé à Evian, invariablement il riposte : « Pourquoi Evian ? C'est de l'eau claire, *il n'y a rien dedans.* » Il s'attire alors cette réponse de ma part : « En effet, il n'y a rien dedans ou presque rien; mais, trouvez-moi une eau qui ne renferme rien, c'est-à-dire qui soit à l'état de pureté complète ? Il y en a bien peu, et c'est précisément ce qui caractérise son action puissante, ce qui fait sa supériorité lorsqu'il est nécessaire de procéder à de véritables lavages de l'organisme. »

Souvent, en effet, ce sont les eaux les plus faiblement minéralisées qui ont le plus d'action, sans que nous sachions d'ailleurs, ni pourquoi, ni comment. Les médecins de la localité disent que, pour juger l'eau d'Evian, « il faut voir non ce qu'elle apporte, mais ce qu'elle emporte. »

Ils ont raison, car elle emporte beaucoup de substances toxiques, beaucoup de déchets de l'organisme.

Très faiblement alcaline, bicarbonatée calcique, située à une bonne altitude surtout pour les cardiaques, elle possède des propriétés physiologiques complexes faciles à résumer en quelques mots. Il faut d'abord savoir que cette eau s'élimine 14 ou 15 fois plus rapidement que l'eau ordinaire, même la plus pure, et c'est pour cela que l'on dit d'elle : « sitôt bue, sitôt rendue. »

Elle est *diurétique* et *dépurative, tonifiante, anti-uricémique, apéritive* et *digestive.*

1° *Diurétique et dépurative*, facilitant les phénomènes d'osmose par une plus rapide circulation intracellulaire, elle active les échanges organiques, et s'éliminant rapidement, elle entraîne avec elle tous les déchets de la nutrition. L'urée est particulièrement augmentée, et comme elle est le diurétique physiologique par

(1) Huchard. *Traité des maladies du cœur*, 1889-1902. *Académie de médecine de Paris*, 5 mars 1901. *Académie de médecine de Belgique.* (La médication hypotensive), 27 avril 1901.

Digitized by Google

excellence, cela explique pourquoi cette eau, déterminant une production et une élimination plus abondante d'urée, possède une action rénale si remarquable.

2° *Tonifiante*, ce qui est démontré par l'augmentation de l'excrétion des chlorures dont l'extrême diminution est souvent l'indice d'un grave pronostic et la signature de la défaillance de l'organisme.

3° *Anti-uricémique :* elle diminue l'*acide urique*, et c'est ainsi que certains accidents sont écartés. En effet, qu'est-ce que l'acide urique, et que fait-il dans l'économie? Poison vaso-constricteur, il convulsionne les artères. Sous l'influence de cette vaso-constriction, il se fait de l'hypertension artérielle qui, étant le prélude (présclérose) et la cause de la sclérose vasculaire, est avantageusement combattue par toutes les eaux diurétiques et anti-uricémiques, parmi lesquelles la source Cachat occupe une place prépondérante. Sans aucun doute, ces eaux ne guérissent pas la sclérose artérielle confirmée; elles font mieux, puisqu'elles la préviennent dans cette période d'artério-hypertension ou de *présclérose*, alors que les lésions, souvent irrémédiables, sont absentes.

4° *Apéritive et digestive :* elle agit, dit-on, par CO^2. Je n'en sais rien, et tous les hydrologues ont fait depuis longtemps la remarque qu'il n'y a pas de concordance entre la composition chimique et l'action thérapeutique des eaux. Par conséquent, il ne faut pas baser un traitement hydrominéral exclusivement sur leur constitution minérale. Exemples: Comment Plombières guérit-elle les entérites? On n'en sait rien. Comment Vichy agit-il sur la lithiase biliaire, on s'en doute, on n'en est pas certain. Il en est de même pour certaines eaux purgatives naturelles où l'eau contenant 3 grammes de sulfate de soude peut purger. Or, voyez l'effet de 3 grammes de sulfate de soude du pharmacien; il sera tout à fait nul. Ce qui importe donc avant tout, c'est l'observation thérapeutique, et c'est à cette observation qu'il faut, en définitive, toujours revenir pour bien connaître les applications thérapeutiques d'une eau minérale.

Les *applications thérapeutiques* de l'eau d'Evian sont les maladies de l'estomac, du foie, la lithiase biliaire, les maladies des reins et de la vessie, l'uricémie, l'albuminurie, l'hypoazoturie, l'anémie, la chlorose, sans que nous sachions toujours comment ni pourquoi ces affections trouvent ici leur guérison. Je dis que je ne sais pas pourquoi. Je m'en doute et si vous me poussiez un peu, je vous dirais que c'est par une action physiologique que j'ai voulu préciser il y a quelques instants.

On peut, à la rigueur, soigner son estomac ou son foie à domicile: on le peut, je ne dis pas « on le doit ». Mais on ne peut pas toujours combattre l'anémie, la chlorose, les affections rénales à domicile. Il leur faut l'eau *vivante* de la source, qui n'est plus la même en bouteille. En bouteille, elle ne produit pas autant la diurèse. Cependant, comme les eaux d'Evian contiennent peu d'éléments minéraux, on n'a pas à craindre son adultération par le transport, et c'est pour cette raison que de toutes les eaux transportées, celles qui sont le moins minéralisées réussissent le mieux à domicile, surtout pour le traitement des maladies d'estomac et de la présclérose.

Une autre indication très importante est relative à la *neurasthénie*, maladie à la mode dont on abuse et qui cache souvent notre ignorance. Evian agit d'une façon favorable, non seulement sur la neurasthénie, mais aussi sur l'ennui, cette maladie morale de la vie, parce qu'il a l'*ambiance*, les « *adjuvances* thérapeutiques », comme on l'a dit: le lac, les montagnes, les promenades, les distractions multiples, etc. Ici, nous avons donc tout. Nous avons même le vin, et à deux pas on peut faire une cure de raisin, cure qui a son importance au point de vue diurétique. Nous avons l'eau, le vin, l'air, la montagne, le lac, les roses dans ce « jardin d'été de la France », comme on l'a appelé: nous avons des médecins distingués, que je ne veux pas citer par leurs noms, parce qu'il faudrait les dire tous: nous avons quelque chose de plus extraordinaire encore, une administration qui ne s'administre pas contre elle-même et qui, vraiment soucieuse des intérêts des malades vient d'édifier un établissement superbe destiné à l'hydrothérapie, à l'électrothérapie, à la massothérapie...

Stations pour cardiaques. — Evian avec toutes ces ressources, toutes ces adjuvances, est encore par excellence la station que doivent fréquenter certaines cardiopathies dont je veux, en quelques mots vous entretenir.

Comme je l'ai depuis longtemps établi, les maladies du cœur doivent être séparées en deux classes: 1° *Les cardiopathies rhumatismales ;* 2° *Les cardiopathies artérielles.*

Les premières procèdent du rhumatisme, elles évoluent vers l'hypotension artérielle et l'asystolie.

Les secondes procèdent, non du rhumatisme, mais d'intoxications diverses, multiples et souvent méconnues: intoxications uricémique ou alimentaire, le plus souvent. Car notre régime actuel n'est qu'un empoisonnement lent et continu. On abuse de l'alimentation carnée, on introduit dans l'organisme des toxines vaso-constrictives qui produisent l'hypertension artérielle et prédisposent à la sclérose vasculaire. Il est temps d'insister plus que jamais sur la diète des toxines alimentaires et de rappeler sans cesse cette grande vérité sous forme d'un jeu de mots latins: *modicus cibi, medicus sibi.* Il est temps de proclamer hautement que la fréquence de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles est due, en grande partie, aux erreurs et aux exagérations de notre alimentation. « L'homme ne meurt pas, il se tue », a dit Sénèque; il se tue par le régime alimentaire.

Dans l'évolution des cardiopathies artérielles, on peut distinguer trois périodes: 1° la période de *présclérose*: hypertension artérielle sans lésion vasculaire; 2° la période de *sclérose confirmée, sclérose cardio-rénale* où la maladie est au cœur et le danger au rein; 3° la période de *sclérose terminale* (phase mitro-artérielle) avec complication d'hyposystolie et d'asystolie.

Evian réclame les deux premières périodes, et la première, à titre de médication *diurétique, anti-uricémique* et surtout *vaso-dilatatrice*; car, c'est la vaso-constriction et l'hypertension artérielle qui conduisent à la sclérose vasculaire, maladie dont quelques médecins abusent en la voyant, comme la neurasthénie, là où elle n'est pas, mais qu'il importe cependant de ne pas méconnaître, puisqu'elle fait tant de victimes.

A la deuxième période, la lésion est au cœur, mais le rein est toujours insuffisant, et c'est pourquoi j'ai coutume de dire: Dans la sclérose artérielle, dans la sclérose cardio-rénale, la maladie est au cœur et aux artères, le danger est au rein. Ce danger existe même dans la présclérose, et c'est pourquoi les eaux diurétiques agissant si bien sur le fonctionnement rénal, peuvent être assimilées à une sorte de digitale du rein et des artères.

Quant à la troisième période, l'hyposystolie et surtout l'asystolie étant prépondérantes, il est certain que le traitement hydro-minéral peut produire des inconvénients si la posologie n'est pas rigoureusement mesurée, et si on laisse aux malades, comme on le fait trop souvent, la direction du traitement. On ne saurait trop leur

Digitized by Google

dire qu'il y a là un grand danger pour eux, danger d'autant plus fréquent qu'ils s'imaginent qu'une eau dans toute sa pureté n'a pas besoin d'être prise suivant des règles précises et fixées par nos connaissances scientifiques. J'insiste sur ce fait, parce que j'ai été le témoin d'accidents très sérieux, provoqués par les malades qui s'administraient eux-mêmes le traitement hydro-minéral d'une façon intempestive et déréglée.

Avec l'appui et l'aide de tous vos distingués collègues de la station (car l'œuvre doit rester commune), vous allez donc contribuer à doter la France d'une nouvelle station pour cardiaques, avec le même grand succès que mon ancien interne et ami le docteur Piatot, auteur d'une thèse remarquable sur « le traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques », a obtenu à Bourbon-Lancy. Les deux établissements nous prêteront un mutuel concours sans se nuire : A Evian, les cardiopathies *artérielles* pour lesquelles le traitement rénal est particulièrement indiqué avec une eau produisant si rapidement la réduction et l'élimination de l'acide urique ; à Bourbon-Lancy, les cardiopathies *valoulaires* d'origine rhumatismale justiciables des eaux chaudes de Lymbe avec ses « douches sous-marines », et de la source de la Reine dont l'action sur l'état uricémique avec arthritisme est d'une grande importance. Les indications sont précises et nettement établies.

La notion du traitement des cardiopathies par les eaux minérales est née en France où elle a été l'objet de travaux remarquables il y a plus de cinquante ans, et je cherche à comprendre pourquoi et comment, si brusquement abandonnée, elle a été reprise et dénaturée hors de notre pays. Aujourd'hui, l'essor est donné, et nous saurons mettre en valeur nos immenses richesses en eaux minérales. Les médecins français enverront leurs cardiaques aux stations françaises, et les médecins étrangers, amis de notre pays, ont déjà donné l'exemple...

Et vous, mon cher Bergouignan, qui entrez dans la vie médicale par une œuvre thérapeutique de haute valeur, vous contribuerez avec vos collègues de la station d'Evian qui voudront certainement unir leurs efforts aux vôtres, à une œuvre commune d'humanité, de patriotisme et de science.

DIAGNOSTIC

L'examen du sang peut-il servir au diagnostic du cancer ? — Il y a longtemps que l'anémie a été considérée comme un des signes principaux de la cachexie cancéreuse. La diminution du nombre des globules rouges est précoce, progressive et peut atteindre un degré considérable. Souvent leur nombre s'abaisse à 3 millions par millimètre cube ; quelquefois il descend au-dessous de 1.500.000 ; les globules rouges sont déformés, irréguliers, mal colorés ; dans un tiers des cas on trouve quelques globules rouges nucléés.

La quantité d'hémoglobine s'abaisse en même temps que diminue le nombre des globules ; son abaissement est sensiblement proportionnel à celui des hématies, de sorte que la valeur globulaire reste à peu près normale.

Lücke, Nepveu avaient déjà noté l'augmentation du nombre des globules blancs du sang chez les malades atteints de cancer. Mais c'est en réalité à M. Hayem et à son élève Alexandre qu'on doit d'avoir établi par un certain nombre d'examens précis la notion de la leucocytose au cours des tumeurs malignes.

Cette leucocytose est précoce, plus accusée dans les sarcomes que dans les épithéliomes ; elle atteint un degré moyen (10 à 15.000 globules blancs par millimètre cube de sang, au lieu de 6 à 8.000 qui qui est le chiffre normal) ; quelquefois même elle atteint un degré considérable ; M. Hayem a trouvé le chiffre de 71.000 dans un cas de cancer primitif du corps thyroïde.

Un très grand nombre d'auteurs, en France et surtout en Allemagne, ont fait des recherches analogues dans les diverses variétés de cancer, et par leurs résultats ont confirmé l'opinion de M. Hayem.

Mais, depuis les travaux de Metchnikoff, d'Erlich, on a appris à distinguer plusieurs espèces différentes de globules blancs dans le sang normal et pathologique ; et l'on a vu que la recherche des proportions relatives des variétés de leucocytes du sang avait une importance diagnostique aussi considérable que celle du chiffre total des leucocytes, en un mot, que la formule leucocytaire devait être étudiée en même temps que la leucocytose. Tandis qu'à l'état normal, on a en moyenne, pour 100 leucocytes : 65 à 70 leucocytes polynucléaires à granulations neutrophiles ; 25 à 28 leucocytes mononucléaires petits et gros ; 1 à 3 leucocytes polynucléaires à granulations éosinophiles ; 2 à 4 leucocytes intermédiaires entre les mononucléaires et les polynucléaires ; 0,5 à 1 mastzelle ; on peut, dans les états pathologiques, voir augmenter relativement le nombre des polynucléaires, des mononucléaires ou des éosinophiles, ce qui constitue une polynucléose, une mononucléose ou une éosinophilie.

Chacune de ces formules sanguines est en rapport avec des conditions pathologiques spéciales ; ainsi la polynucléose se voit surtout dans les suppurations et dans les infections aiguës ; la mononucléose dans certaines infections comme la variole, la fièvre

Digitized by Google

typhoïde, la coqueluche; l'éosinophilie s'observe après la guérison des maladies aiguës, dans les affections de la peau et dans les maladies causées par des parasites (helminthiase, kystes hydatiques, etc.).

Or, le cancer paraît aussi posséder une formule leucocytaire assez constante. Dans la majorité des cas, on trouve une leucocytose polynucléaire; Strauss et Rohnstein l'ont notée dans 60 p. 100 des cas; elle est relativement assez marquée; la proportion des polynucléaires est de 84 p. 100 en moyenne; dans les autres cas, l'équilibre leucocytaire est normal; il est rare que le nombre des mononucléaires soit augmenté; dans quelques cas très rares on a noté une éosinophilie légère. Cette formule serait indépendante du siège et de la période d'évolution du cancer.

Telle est aussi dans ses grandes lignes l'opinion de Tuffier et Milian qui ont observé la leucocytose avec polynucléose dans les sarcomes; dans les cancers épithéliaux à une période avancée, ils ont trouvé aussi une leucocytose avec polynucléose; mais au début des cancers, avant que des infections secondaires aient pu se produire, il y aurait, suivant eux, une mononucléose.

Ce que nous venons d'exposer peut être résumé en quelques propositions, de façon à établir une sorte de formule hématologique du cancer.

Dans les néoplasmes : 1° le nombre des *globules rouges* est diminué, souvent d'une façon assez considérable; ces globules sont de forme irrégulière et de volume variable, les uns très gros, les autres très petits; il y a souvent quelques hématies nucléées.

2° La quantité d'*hémoglobine* diminue en même temps que celle des hématies, de sorte que la valeur globulaire reste relativement assez forte.

3° Une hyper-leucocytose moyenne, de 10 à 15.000 globules blancs par millimètre cube de sang s'observe dans la majorité des cas; cette leucocytose est en général caractérisée par l'augmentation du nombre des polynucléaires dont le pourcentage est de 84 p. 100 en moyenne.

Cette formule hématologique n'est pas absolue; elle est sujette à des variations d'un cas à l'autre. Elle ne permet pas d'établir avec certitude le diagnostic de cancer; mais elle peut servir à diriger le clinicien dans les cas douteux.

Ainsi, par exemple, si l'on hésite entre le diagnostic de suppuration et celui de cancer, au sujet d'une infection pulmonaire, hépatique, gastro-intestinale, rénale, etc., la formule sanguine sera d'une certaine utilité. Dans l'infection, la leucocytose est en général plus considérable; l'anémie fait défaut ou n'atteint pas le même degré que dans le cancer. La coexistence d'anémie avec leucocytose polynucléaire sans symptômes fébriles permet de diagnostiquer le cancer.

Hésite-t-on entre une affection chronique donnant lieu à des hémorragies, comme l'ulcère de l'estomac ou de l'intestin, la métrite hémorragique et un cancer, l'étude du sang sera encore précieuse. Au lieu de la formule que nous avons établie plus haut, on trouvera, dans l'anémie provoquée par des hémorragies répétées, des phénomènes différents : le nombre des globules blancs n'est généralement pas augmenté, l'équilibre leucocytaire est normal; il n'y a pas de polynucléose comme dans le cancer. La quantité d'hémoglobine n'est pas en rapport direct avec celle des hématies; il y a relativement peu d'hémoglobine et la valeur globulaire est plus ou moins basse; cela tient à ce que les globules rouges se reproduisent, après les hémorragies, plus rapidement que l'hémoglobine; pour la même raison on trouve dans le sang beaucoup de petites hématies jeunes, mais peu de déformations globulaires.

Dans les pays où le tœnia botriocéphale se rencontre, on a souvent à distinguer l'anémie causée par ce parasite de l'anémie cancéreuse. Or la leucocytose fait ordinairement défaut dans l'anémie botriocéphalique; dans les cas graves, le nombre des globules blancs est même diminué. L'équilibre leucocytaire est le plus souvent normal.

Enfin, c'est l'examen du sang qui permet de distinguer le cancer latent de l'anémie pernicieuse progressive. Dans cette affection, le nombre des leucocytes est généralement abaissé, le chiffre des polynucléaires est diminué, et l'on observe une mononucléose relative. Les globules rouges dont la quantité est très diminuée, sont très irréguliers de forme et de dimension; beaucoup d'entre eux ont des dimensions géantes, de sorte que la proportion d'hémoglobine, quoique très diminuée, reste encore assez notable par rapport au nombre des globules rouges, et que la valeur globulaire peut dépasser la normale. Les hématies nucléées se rencontrent dans tous les cas; elles sont assez abondantes; et représentées non plus seulement par des normoblastes, comme dans le cancer, mais par des mégaloblastes, c'est-à dire par des hématies géantes nucléées.

Par ces quelques exemples, nous avons voulu donner un aperçu de la valeur pratique de l'examen du sang dans le diagnostic du cancer. Nous répéterons en terminant que les résultats de cet examen peuvent constituer des signes de présomption pour ou contre l'hypothèse d'un néoplasme, mais qu'il ne faut point leur demander plus qu'ils ne peuvent tenir. Ils aident au diagnostic; ils ne permettent pas de l'affirmer. — M. Labbé.

Digitized by Google

Formulaire du Praticien

Les associations médicamenteuses. Lactose et magnésie

Notre maître, M. Huchard, s'est toujours déclaré l'ennemi des associations médicamenteuses ; jamais il ne manque une occasion de s'élever contre les mixtures composées de drogues hétérogènes, le plus souvent fort malheureusement associées. Néanmoins, nous dit-il, si d'une façon générale la meilleure association médicamenteuse ne vaut rien, il en est certaines qui sont bonnes ; elles sont rares, aussi lorsqu'on en rencontre une, il est bon de la signaler.

Depuis plusieurs mois nous employons avec plein succès dans le service, comme anti-acide et comme laxative, la poudre suivante :

Lactose.....	40 grammes
Magnésie calcinée (lourde).....	60 —

M. s. a., une cuillerée à dessert ou à soupe par jour dans un demi-verre d'eau.

On obtient ainsi une sorte de lait de magnésie assez agréable à prendre. Le goût terreux de la magnésie est masqué par la saveur sucrée de la lactose. L'action diurétique du second de ces médicaments s'ajoute à l'action laxative du premier qui se trouve même sensiblement accrue, comme M. Huchard l'a depuis longtemps constaté. Ce fait ne paraîtra pas extraordinaire, si nous ajoutons que la lactose favorise la dissolution de la magnésie.

Il y a longtemps que l'on a songé à utiliser les propriétés dissolvantes du sucre vis-à-vis des bases alcalino-terreuses, vis-à-vis de la chaux notamment, pour obtenir des solutions aqueuses plus chargées que l'eau de chaux ordinaire. On trouve dans le Formulaire des Hôpitaux de Lyon une solution concentrée de saccharate de chaux qu'on peut employer soit en nature, soit pour préparer extemporanément l'eau de chaux. Le médicament conserve sous cette forme toutes ses propriétés, la combinaison qu'il a contractée avec le sucre ne l'empêche nullement, par exemple, de donner un savon calcaire avec les huiles.

La lactose est susceptible de jouer un rôle tout semblable vis-à-vis de la magnésie. Nous avons pu constater qu'un lait de magnésie préparé avec la poudre dont nous donnons la formule, donnait, après filtration, un liquide clair avec lequel on obtient d'une façon très nette les réactions des sels de magnésium. On considère généralement la magnésie comme insoluble dans l'eau ; associée avec un sucre, elle donne un sucrate sensiblement soluble qui conserve les mêmes propriétés anti-acides et possède des propriétés laxatives plus nettement accentuées.

C'est donc là une association médicamenteuse comme il devrait en exister beaucoup. — E. A.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La résection dans les cas de tumeurs blanches suppurées du genou. — M. Lucas-Championnière prend occasion d'un mémoire de M. Delagénière (du Mans) pour rappeler les résultats de sa pratique personnelle. Jusqu'aujourd'hui il a opéré 113 résections du genou sans un décès. La résection doit être large et comprendre l'ablation de tous les foyers tuberculeux ; la résection sous-périostée est une mauvaise opération, car elle peut laisser des colonies bacillaires sous le périoste. Le travail de M. Delagénière s'appuie sur 31 observations personnelles qui viennent appuyer les propositions de M. Lucas-Championnière. Les résultats fonctionnels sont excellents.

M. Delorme, tout en se montrant partisan de la résection du genou, la rejette chez l'enfant, car elle pourrait compromettre la croissance du membre ; de plus dans les cas de lésions très étendues, elle se montre inférieure à l'amputation qui doit rester l'intervention de choix.

La fièvre aphteuse. — M. Josias lit l'observation d'un enfant de 13 mois, atteint de fièvre aphteuse grave pour avoir consommé le lait non bouilli d'une vache atteinte de cette affection. Il demande que le lait provenant des animaux qui ont été malades soit bouilli. L'Académie ne pourrait elle émettre un vœu dans ce sens ?

M. Nocard rappelle que le chauffage à 85° est suffisant, le virus aphteux étant détruit à cette température. A. M. Galippe qui affirme la difficulté de diagnostic entre les aphtes simples, si fréquents, ceux-ci relevant d'une infection banale, et la fièvre aphteuse à son avis exceptionnelle, M. Nocard répond que le problème peut être tranché par l'épidémiologie. La fièvre aphteuse est contagieuse, les aphtes ne le sont pas. M. Josias pense qu'une différenciation clinique est possible ; les accidents généraux et la fièvre caractérisent la fièvre aphteuse et sont absents dans les aphtes ordinaires. Du reste, dans les cas douteux on pourrait recourir à la voie expérimentale et inoculer le contenu de l'aphte suspect. C'est la solution que propose M. Roux.

L'Académie adopte le vœu de M. Josias tendant à prescrire l'ébullition du lait provenant des vacheries infectées. (*17 mai.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Asphyxie locale des extrémités. Vitiligo, pouls lent et rythme couplé du cœur. — M. Gouget. Homme de 64 ans, les mains offrent une teinte brun violacé, les ongles sont livides ; sur le tronc mélange de plaques achromiques et de zones hyperchromiques. Le pouls donne 34 battements à la minute ; les bruits du cœur se succèdent par couples, un bruit fort, puis un bruit faible, puis une pause. Les vertiges sont avec le prurit et l'engourdissement des extrémités le seul trouble fonctionnel dont se plaigne le malade.

Digitized by Google

En l'absence de signes d'artério-sclérose, l'auteur pense à une altération nerveuse qui forme le lien entre ces trois syndrômes ; une perturbation des centres cardio et vasomoteurs bulbo-médullaires serait en jeu.

Tremblement chloralique des muscles de la face et des membres, rappelant celui de la paralysie générale. — MM. G. Ballet et L. Delherm Femme entrée à l'hôpital avec des signes d'obnubilation intellectuelle très marquée. Tremblement siégeant sur les muscles du visage et les membres supérieurs, plus perceptibles à l'occasion des mouvements. Langue trémulente en masse. On crut à une paralysie générale ; mais la malade avoua faire usage de grandes quantités de chloral (15 gr), dont elle usait pour combattre une insomnie, suite de peines morales et de fatigues. La suppression du remède amena une guérison rapide.

Abcès cérébral consécutif à un traumatisme de la tête sans lésion osseuse. — MM. Hirtz et Delamoire. Cet abcès se forma par suite d'une chute violente, dont le malade avait été victime. L'autopsie permit de reconnaître l'intégrité des méninges et des os du crâne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Appendicite gangréneuse. — M. Walther admet comme M. Quénu (Voir numéro 21 du *Journal des Praticiens*) le rôle prépondérant des lymphatiques dans les accidents infectieux graves de l'appendicite gangréneuse ; il croit, de plus, que l'inflammation des ganglions au cours des variétés d'appendicite aiguë et des appendicites chroniques n'est pas à négliger. Pour lui la gangrène de l'appendice est dans le plus grand nombre des cas une lymphangite gangréneuse ; mais M. Walther se sépare de M. Quénu au sujet de la valeur comme signe diagnostique de la douleur à la pression sur une zone s'étendant depuis le point de Mac Burney jusqu'à la colonne vertébrale, zone correspondant aux divers groupes ganglionnaires du méso-appendice, de l'angle iléo-cœcal et du mésentère. D'une part, il a observé nettement dans plusieurs cas cette sorte de traînée douloureuse, alors qu'il s'agissait d'appendicites aiguës simples dans lesquelles l'appendice enlevé à froid n'a pas montré de traces de perforation ; d'autre part, il rapporte deux observations d'appendicites gangréneuses dans lesquelles le signe de Quénu n'existait pas.

Ganglions lymphatiques de la vessie. — M. Poirier, à l'occasion de la communication de M. Bazy (Voir numéro 21 du *Journal des Praticiens*) rappelle les conclusions de la thèse de M. Marcille sur ces petits et rudimentaires ganglions, placés en arrière de l'aponévrose ombilico-prévésicale les uns sur la face antérieure de la vessie, les autres dans le méso des artères ombilicales, et jouant un rôle non douteux dans les phlegmons de la cavité de Retzius. Sur ce point, comme pour le système nerveux, l'anatomie normale a confirmé les trouvailles et les déductions de l'anatomie pathologique.

Un nouvel urétrotome est présenté par M. Bazy ; ses avantages sont : de pouvoir sectionner aussi bien la paroi inférieure que la paroi supérieure du canal et de sectionner exclusivement les parties rétrécies sans laisser la moindre trace sur les parties saines. Il se compose essentiellement : 1° de la partie courbée d'un conducteur, partie courbée, non cannelée, qu'on introduit dans la traversée prostatique où elle doit rester fixe ; 2° d'une partie droite cannelée mobile de façon à ce que la cannelure regarde dans la direction où l'on veut faire la coupure ; 3° du couteau composé de deux lames tranchantes articulées qui au repos restent couchées horizontales bout à bout dans la cannelure, et qui au moment de la section se soulèvent en formant un angle d'autant plus élevé qu'on veut la section plus profonde.

Déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie. — M. Houzel (de Boulogne), intervenant pour la seconde fois pour une volumineuse et vieille pyélonéphrose, s'était proposé de l'enlever d'un bloc. La décortication était assez avancée quand la veine cave inférieure se déchira sur sa partie externe, à deux travers de doigt en dessous des vaisseaux du hile du rein, sur la longueur d'un centimètre. La veine fut liée en amont et en aval et la tumeur complètement enlevée. Quatre mois après l'intervention, la circulation veineuse est parfaite, les jambes n'enflent plus même par suite de la fatigue, les veines superficielles de la paroi abdominale sont peu développées.

Une subluxation du pubis gauche et rupture totale de l'urèthre membraneux, avait été prise par M. Mignon pour une fracture du pubis avec déchirure extra-péritonéale de la vessie. La taille hypogastrique montra une cavité rétropubienne remplie d'urine sanguinolente, un pubis gauche subluxé sur le fibro-cartilage de la symphyse de 5 millimètres en arrière et une vessie intacte. La section de l'ur thre s'était faite sur l'arête tranchante du ligament sous-pubien. Cystotomie, catéthérisme rétrograde. Taille périnéale. Sonde à demeure à 2 bouts urétral et hypogastrique. Suites opératoires bonnes malgré quelques incidents. Un point est particulièrement intéressant : le bout postérieur de l'urètre sectionné au ras de l'aponévrose moyenne était dévié vers la gauche et difficile à trouver. Or, la rétraction de l'urèthre laisse subsister au-dessous du ligament arqué une dépression circulaire représentant la tranche de section du canal. En règle générale, pour trouver l'orifice postérieur de l'urèthre membraneux rupturé, il n'y a qu'à mettre le doigt au-dessous du ligament sous-pubien et sur la ligne médiane : l'extrémité du doigt entre dans la lumière du canal et sent nettement une petite collerette de muqueuse recroquevillée, qu'il repousse devant lui.

Digitized by Google

Le cas d'abcès gazeux sous-phrénique que présente M. Lejars, était consécutif à une perforation spontanée de l'estomac, et fut opéré dans un état général des plus graves : évacuation, suture en bourrelet de l'épiploon à la paroi abdominale pour faire barrière transversale et clore en bas la vaste cavité de l'abcès, large drainage. Cinq mois et demi plus tard, la fistule gastrique qui avait suivi l'opération est complètement fermée, et les fonctions digestives s'exécutent à souhait. Il résulte de plusieurs observations analogues que, lorsque ces malades guérissent, la guérison est d'ordinaire franche et définitive.

Rhinoplastie italienne modifiée, par M. Berger : Incision concave et inférieure sur la face dorsale du nez, dissection d'un lambeau cutané qui, pivotant autour de sa base inférieure (rebord de l'orifice nasal), vient s'appliquer au devant des fosses nasales et doubler profondement le lambeau à pédicule pris sur le bras gauche. Ce lambeau aura donc 2 faces cutanées et, après section de son pédicule au 10e jour, pourra refaire un nez dont la forme sera donnée par un petit appareil en plomb, très ingénieux.

R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Lettre ouverte à M. le Directeur de l'Assistance publique

On vous dit animé des meilleures intentions et désireux de faire cesser les scandales ou de mettre un terme aux abus. C'est pour cette raison que je prends la liberté de vous adresser cette lettre ouverte.

Le concours des hôpitaux, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, *n'existe plus* ; il n'est plus qu'une simple élection, et l'on peut dire que, depuis le nouveau régime, on n'arrive le plus souvent à la nomination de médecin des hôpitaux que par un concours de circonstances.

Secret des votes, absence de discussion sur les points à donner, simulacre de discussion sur la valeur des épreuves, début du concours par une composition écrite que chacun apprécie en silence comme il l'entend, extension du nombre des juges au point de supprimer, puisqu'elle la divise, toute responsabilité, ou de la faire endosser à une minorité frappée d'impuissance, tels sont les principaux vices de cette nouvelle et déplorable organisation. A l'abri du vote secret, on agit dans les ténèbres, et avant même l'ouverture du concours, une majorité s'est déjà formée qui impose ses votes ou plutôt ses choix à l'impuissante minorité. Dans ces conditions, il ne s'agit plus d'un concours entre candidats, mais d'un concours d'influence entre différents juges qui ont tenu au préalable de mystérieux conciliabules...

Que diriez-vous, par exemple, d'un concours où quelques jours avant son ouverture, six ou sept d'entre les juges sur douze se seraient réunis un peu clandestinement à l'exclusion de leurs autres collègues non prévenus, et cela pour s'entendre à l'avance sur les moyens d'avoir la force ou la supériorité par le nombre ? Les malheureux candidats jugent le fait très sévèrement, et peu respectueux pour les choses peu respectables, ils comptent avec une triste et malicieuse ironie le nombre des « chevaux de telle ou telle écurie » qui chaque année arrivent au but pour la plus grande gloire de leurs maîtres. Vous, M. le Directeur, vous direz avec des termes moins irrévérencieux pour le concours, qu'une réunion de ce genre est, non seulement un acte anti-amical à l'adresse de la minorité (puisque minorité il y a, paraît il), mais aussi qu'elle constitue une atteinte grave portée à la moralité du concours. Vous ajouterez cette vérité qui paraît venir de M. de la Palisse, mais bonne à redire : Les concours ne sont pas faits pour les juges, mais pour les candidats.

Je n'ai aucune qualité pour dire comment les concours doivent être réformés, mais je n'excède pas mes droits en vous disant pourquoi ils doivent l'être sur l'heure. Si vous consultez les médecins des hôpitaux, la réponse à ce sujet sera unanime, comme me le font croire les conversations que j'ai eues à ce sujet avec de nombreux collègues.

Cependant, il serait peut-être utile et juste de demander l'avis des principaux intéressés, des candidats tenus au silence, qui fondent trop souvent leurs espérances ou leurs craintes, non pas sur la valeur de leurs épreuves, mais aussi et surtout sur la composition du jury.

J'ai confiance en votre esprit de justice, M. le Directeur; vous prendrez la défense des intérêts des candidats bien supérieurs à ceux des juges ; vous prendrez la défense du concours, notre sauvegarde, et vous voudrez bien provoquer une réforme radicale qui s'impose, dont l'urgence vous est clairement démontrée par les événements anciens et récents.

Dans cet espoir, je vous prie d'agréer l'expression de mon sincère dévouement. — H. Huchard.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 157, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chancrelle ou chancre simple et du chancre syphilitique classiques de la sphère génitale

Par le Dr Alex. Renault, *médecin de l'hôpital Cochin (Ancien hôpital Ricord)*.

Depuis les remarquables travaux de Ricord, qui ont établi avec éclat la séparation des deux espèces de chancres, bien des traitements ont été proposés pour faire disparaître le plus promptement possible ces lésions, rarement graves en elles-mêmes, mais compromettantes par leur nature et leur siège.

Au milieu de cet encombrement thérapeutique, le point capital est de savoir faire un choix. Car, parmi les moyens préconisés, il en est de dangereux; d'autres, inutiles; d'autres enfin, dont la pratique a consacré la valeur.

Brièvement, nous passerons en revue ces divers moyens : dans la chancrelle d'abord, dans le chancre syphilitique ensuite.

Traitement de la chancrelle ou chancre simple. — L'indication fondamentale est de détruire le chancre, c'est-à-dire de transformer une plaie virulente en plaie simple, susceptible de cicatrisation rapide. Du reste, tel a été le but poursuivi par tous les médecins, adonnés à la spécialité. Mais les procédés auxquels ils ont eu recours, sont loin de mériter tous la même faveur.

Trois sont à rejeter, tout au moins en tant que méthode générale de traitement : l'excision, le curettage avec la curette tranchante et la cautérisation.

L'excision est une opération douloureuse, sanglante, susceptible de provoquer des inoculations secondaires, si la matière virulente prend tant soit peu contact avec la plaie.

Elle ne peut être justifiée que dans le cas de chancrelle, occupant, je suppose, l'extrémité d'un long prépuce. En supprimant la lésion, vous débarrassez en même temps le malade d'une infirmité légère, il est vrai, mais capable néanmoins d'entraver les fonctions sexuelles et les soins de propreté.

Même critique à adresser au curettage avec la curette tranchante, proposé par Petersen; je n'insiste pas.

La cautérisation, en revanche, compte beaucoup de partisans.

Elle peut être pratiquée soit avec le thermo-cautère, soit avec des pâtes diverses ou encore des liquides caustiques.

En fait de pâtes, trois méritent d'être citées : la pâte carbo-sulfurique, mélange de charbon en poudre et d'acide sulfurique, dans la proportion de 10 gr. de charbon et de 4 gr. d'acide sulfurique, très prôné par Ricord; la pâte de Vienne, mélange de potasse caustique, chaux vive et alcool; la pâte au chlorure de zinc de Canquoin.

On est en droit d'adresser à ces divers topiques les objections suivantes : leur emploi est douloureux, leur diffusion souvent exagérée. Enfin si la totalité des germes virulents n'a pas été détruite, la chancrelle peut envahir les limites de l'eschare.

La douleur est aussi la raison qui s'oppose à l'emploi habituel des liquides caustiques énergiques tels que : le chlorure de zinc à 1/10e dans l'eau ou l'acide phénique cristallisé à 1/10e dans l'alcool à 90°. Néanmoins vous devez avoir recours à ces moyens, lorsque l'ulcère est torpide, lorsque les poudres antiseptiques, dont je vais maintenant parler, ne semblent pas mettre en œuvre assez vite le travail de cicatrisation.

Dans ces conditions, après avoir détergé l'ulcère avec un filet d'eau boriquée, vous toucherez tous les 3 ou 4 jours sa surface avec un pinceau de coton hydrophile, imprégné d'une des solutions précédentes; dans l'intervalle, applications de poudres antiseptiques. Vous cesserez l'usage des caustiques dès que la lésion aura perdu son caractère atone.

Sans contredit, dans la généralité des cas, les poudres antiseptiques constituent le traitement par excellence. Leur action est sûre et en outre leur application ne provoque aucune douleur.

De ces poudres, celle qui prime toutes les autres est l'iodoforme.

Malheureusement la poudre d'iodoforme a un inconvénient désastreux, c'est son odeur pénétrante, qui la rend accusatrice. Aussi a-t-on essayé bien des substances pour parvenir à la dissimuler. Les suivants ont paru les plus efficaces :

Le café pulvérisé, dans la proportion de 1/2;

L'acide phénique, 1/10e;

L'essence de menthe, 5 gouttes pour 10.

En outre, il ne faut jamais toucher au mélange avec les doigts.

Voici comment il convient de procéder :

Déterger la chancrelle avec un filet d'eau boriquée.

Assécher la surface avec du coton hydrophile.

Appliquer le mélange iodoformé avec une petite cuiller à sel.

Recouvrir d'une couche de coton hydrophile et recalotter, si la chancrelle occupe le prépuce ou la rainure balano-préputiale; maintenir le pansement par une capote anglaise en caoutchouc, fixée par une petite bande de tarlatane, si la lésion siège sur la portion cutanée du prépuce ou sur le fourreau.

Répéter le pansement matin et soir.

Digitized by Google

Malgré toutes ces précautions, l'odeur de l'iodoforme n'est atténuée que provisoirement, elle reparaît dès que le corps désodorisant s'est évaporé.

De là, l'emploi d'autres poudres moins efficaces, il est vrai, mais dépourvues d'odeur.

Je citerai entre autres :

Le dermatol, ou sous gallate de bismuth,

L'aristol, ou thymol iodé,

L'europhène, autre composé iodé.

Le diiodoforme, corps voisin de l'iodoforme.

Le pansement, à l'aide de ces topiques, est exactement le même qu'avec la poudre d'iodoforme.

M. le Pr Fournier préconise un moyen voisin du précédent.

Il s'agit de l'application d'une solution de nitrate d'argent à 1/30e, vantée déjà par Rollet, de Lyon.

Voici le mode d'emploi :

Après nettoiement de la surface ulcérée, couvrir d'ouate hydrophile, imprégnée de la solution argentique : appliquer au-dessus une couche d'ouate sèche et maintenir le tout comme précédemment.

Renouveler ce pansement 3 ou 4 fois par jour.

On le supprime dès que la surface de l'ulcère est tout à fait modifiée.

Il est possible encore d'alterner les deux moyens, ci-dessus mentionnés. Le jour, on applique la solution de nitrate ; la nuit, la poudre d'iodoforme.

M. le Dr Aubert (de Lyon) a proposé un autre procédé, très rationnel, il est vrai, malheureusement peu pratique. C'est la chaleur, qui détruit le bacille du chancre simple.

Il conseille des bains généraux à 40° et des bains locaux à 50°.

On conçoit aisément que le patient supporte avec peine pareille température.

Les cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, l'application des pommades, de l'onguent mercuriel en particulier doivent être rejetées. Les premières, comme irritantes ; les secondes, comme peu efficaces, et quelquefois même irritantes.

Traitement du chancre syphilitique :

Le traitement du chancre syphilitique ne nous retiendra pas longtemps. Il est très simple en effet, l'ulcère ayant une tendance naturelle à la guérison.

Moyens d'abord à rejeter :

1° Les poudres, inefficaces et plutôtirritantes ;

2° Pour cette dernière raison, les caustiques tels que le nitrate d'argent, l'acide phénique, l'alun, le sulfate de cuivre.

3° Par dessus tout, l'excision, préconisée dans d'excellentes intentions, puisque le but est l'abortion de la syphilis, mais détestable en réalité.

Je ne sache pas qu'il existe un seul cas bien authenthique d'abortion, quand le chancre a été excisé après avoir été reconnu, de par ses caractères, franchement syphilitique. Il n'est question dans les cas favorables et encore ceux-ci sont-ils prodigieusement rares, que de chancres tellement embryonnaires, qu'on ne pouvait y joindre un certificat d'origine.

Voici en revanche ce que l'on observe après l'opération sanglante :

Une vaste plaie plus étendue que le chancre ; car il faut que l'ablation soit pratiquée largement, si l'on veut avoir quelque chance de détruire tout le foyer ;

Une réparation, dont la durée est aussi longue que celle du chancre ;

Une cicatrice indélébile, que la lésion primitive traitée par les moyens ordinaires, ne laisse que rarement ;

La reproduction d'une induration sous la plaie et enfin dans les délais requis, l'apparition d'accidents constitutionnels.

L'excision ne peut donc être comprise, que si elle est appliquée à l'ablation d'un chancre, situé à l'extrémité d'un long prépuce ou, chez la femme, sur le bord d'une petite lèvre exubérante.

Assurément, vous ne faites pas disparaître la syphilis, vous supprimez simplement une difformité. en produisant une plaie vulgaire, dont la cicatrisation suivra les phases connues.

En réalité, le traitement du chancre syphilitique comporte des moyens très simples.

1° Une grande propreté.

2° Matin et soir, un bain local d'eau bouillie tiède de 5 minutes environ ; tous les 2 ou 3 jours, un bain général de 1/2 heure.

3° Matin et soir, après le bain local, l'application de coton hydrophile, imprégné d'eau bouillie ou boriquée : ce pansement élémentaire suffit à la cicatrisation, mais il ne satisferait pas le malade, qui le trouverait trop simple.

Pour lui être agréable, appliquez une pommade ; les poudres ne conviennent pas. Le meilleur topique en pommade est le calomel.

Vous ferez la prescription suivante :

Calomel à la vapeur.....	1 gramme
Vaseline ou cold cream.....	20 —

« Déterger la surface de l'ulcère.

« Assécher.

« Appliquer la pommade.

« Couvrir d'une couche de coton hydrophile.

« Renouveler le pansement matin et soir. »

Il n'y aura lieu de toucher avec le crayon de nitrate d'argent que si la surface de l'ulcère tarde à se modifier, ou encore, si dans le cours du travail cicatriciel, il se produit des bourgeons exubérants.

Digitized by Google

Dirigé de la sorte, le traitement amènera la guérison du chancre en 3 à 4 semaines, quelquefois même plus tôt et, dans la majorité des cas, au bout de 5 à 6 semaines, à partir du début, on ne trouvera plus, ni qu'un très léger bourrelet d'induration, qui disparaîtra sans laisser trace, après un temps variable.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

Des cures thermales sulfureuses dans la syphilis.

Par le Dr Dresch (d'Ax).

Une dans son essence, très variée par les innombrables modalités d'un processus dont on ne cesse de découvrir les nouveaux méfaits, la syphilis réclame un traitement spécifique aussi prolongé que judicieusement renouvelé. L'adjonction de toutes nos réserves thérapeutiques, parmi lesquelles les cures thermales, doit paraître assez naturelle. De tous temps, les eaux minérales ont été conseillées à des syphilitiques, non spécialement pour venir à bout de leur état diathésique, mais simplement à propos d'indications du moment, pour des états particuliers, plus ou moins complexes, n'ayant que des rapports plus ou moins médiats avec la vérole, laquelle donnait sa note, mais sans paraître la dominante. Bien qu'aucune eau minérale ne puisse, scientifiquement, réclamer pour elle-même des propriétés antisyphilitiques, le plus souvent, une cure thermale conseillée avec discernement et poursuivie avec méthode remédie aux indications du moment, quelles qu'elles soient, et satisfait le malade. Envoyé aux eaux pour toute autre chose que sa syphilis, le client semble bien, dans la généralité des cas, tirer avantage du traitement thermal, même au point de vue spécifique. Le grand remède par excellence de tous les états chroniques, de toutes les diathèses ne pouvait faire faillite en face de la seule diathèse spécifique, qu'elle soit isolée ou qu'elle se surajoute.

Sans revendiquer pour elles-mêmes le traitement de la syphilis dans leurs indications, beaucoup de stations thermales à constitutions chimiques très diverses, ont permis à grand nombre d'*avariés* de supporter beaucoup mieux l'évolution de leur diathèse, et cela, grâce aux propriétés générales de ces sérums naturels que sont les eaux thermales.

Nous prétendons que la médication thermale sulfureuse fait quelque chose de plus, à quoi ne saurait prétendre n'importe quelle autre. Elle opère tout aussi bien, sinon mieux sur le malade et son terrain, mais de plus, point qui fait la spécialité sinon la spécificité de la cure sulfureuse, elle agit sur le mercure, cet agent unique à opposer à l'agent vecteur nos éléments cellulaires. En outre, il nous dispose à nouveau à une imprégnation nouvelle plus utile parce que notre organisme, désintoxiqué, est mieux disposé pour en supporter les effets nouveaux. Si le soufre n'agit pas comme agent inhibiteur du virus, sur l'élément protopathique lui-même, il neutralise plus ou moins ses toxines, dont le rôle pathogène dans le tertiarisme et les affections para-syphilitiques ne semble pas douteux, et sur lesquelles le mercure n'a plus la même prise, De quelque façon qu'on envisage ce côté de la question, il n'est pas douteux que la médication thermale sulfureuse augmente ou exalte nos moyens d'auto-défense, auxquels il faut toujours songer. L'effet de remontement général, surtout dû à la désintoxication générale qu'elle provoque, justifie déjà la médication thermale sulfureuse dans toutes les maladies diathésiques

Avant d'aller plus loin, rejetant après [illegible] d'autres le traitement sulfureux, à titre de *cure o touche* ou de *traitement d'épreuve*, je vais examiner quelles conditions doit remplir le syphilitique, pour retirer une modification, une atténuation de son état diathésique ou d'une quelconque de ses manifestations, que la maladie soit dans une période de repos ou d'activité, sans oublier que cette activité peut être *latente*. Malgré ces conditions si variables, la cure thermale est *toujours* indiquée. Seule, la direction de la cure doit varier, avec un choix des stations pouvant présenter quelques avantages, sur lesquels le Dr Ferras s'est tout récemment (*Gazette des Eaux*, 17 avril 1902) et suffisamment expliqué. Une condition unique est réclamée au malade : il faut que la première période du traitement hydrargyrique ait été épuisée. Dès la première année de sa syphilis, le client a avantage à venir faire ce que j'ai appelé une cure thermale *intercalaire*, que la série des accidents secondaires soit ou non interrompue, si le traitement mercuriel a raisonnablement assez duré, ou s'il n'est plus supporté. A ce moment, au lieu de songer à l'usage aussi banal que prématuré, et d'ailleurs tout au moins inutile sinon plus, de l'iodure de potassium, envoyez votre syphilitique dans une des stations sulfureuses des Pyrénées, dont le Dr Ferras a bien montré l'incontestable supériorité.

La syphilis est une toxi-infection qui se différencie surtout par la manière de la contracter. Comme toute toxi-infection, elle entraîne un trouble très appréciable des mutations organiques dans un sens d'hyperfonctionnement qui est la preuve évidente de la défense active de l'organisme. On contate de l'hypoglobulie avec un chiffre abaissé d'oxyhémoglobine. Il y a de l'hyperleucocytose que trahit le gonflement des ganglions et celui du foie et de la rate. La dénutrition est la conséquence autant d'une nutrition activée que d'une désassimilation excessive,

Digitized by Google

de la syphilis. Le soufre élimine le mercure de notre organisme tout en lui rendant une activité curatrice qu'il n'avait plus, parce que fixé et insoluble dans accompagnée de *déminéralisation*. L'urologie des syphilitiques qui, bien étudiée par le Dr Jean Ferras dans sa thèse inaugurale (Nov. 1901), nous apprend, en effet, que le chlore, la chaux, la potasse, la magnésie sont en excès dans les urines et que pour le soufre, en particulier, la perte est toujours doublée.

Tous ces effets défavorables qui sont autant fonction de la diathèse que du traitement et enfin des réactions organiques, se superposent, préparant pour un avenir, plus ou moins lointain, les divers processus de sclérose qui constituent son ultime et redoutable modalité pathologique. Ils menacent le malade, après avoir servi de substratum aux moyens naturels de défense. Ces moyens, il s'agit bien plus de les diriger et de les modérer que de songer à les supprimer.

Les eaux sulfureuses, en bains et boissons, s'adressent justement à une bonne partie de ces processus de *dénutrition* et de *déminéralisation*. Elles tendent à ramener à un équilibre meilleur la nutrition viciée du syphilitique ; elles élèvent le coëfficient d'oxydations, ce qui témoigne de combustions interstitielles, sinon plus actives, du moins plus complètes. Par elles, les déchets, les toxines, les toxiques, comme le plomb, le mercure, l'arsenic, sont solubilisés et éliminés. En outre des combinaisons chimiques qui interviennent au sein de notre organisme, à l'occasion desquelles les chimistes fournissent formules et équations, il faut tenir compte d'une action vitale, dynamogénique, encore plus importante. C'est grâce à une action double, biochimique, que la médication thermale sulfureuse donne quelque chose de plus que tout autre traitement thermal susceptible cependant de provoquer déjà des effets quelque peu similaires. Chose bien remarquable, de tels résultats sont obtenus, justement avec un agrégat minéralisateur, tel que celui des eaux sulfureuses, toujours très minime, toujours mis en question et probablement si actif parce qu'instable et insaisissable. Songez que nos eaux sulfureuses des Pyrénées, dont certains redoutent encore l'activité trop grande renferment beaucoup moins de principes minéralisateurs que les eaux de sources les plus pures. Aussi, persistons-nous à rapprocher l'action de ces eaux de celle des sérums, dont l'analyse chimique la plus subtile ne saurait expliquer la puissance ni déterminer l'application. C'est une clinique plusieurs fois séculaire qui nous a démontré qu'elles sont antitoxiques et antitoxiniennes, essentiellement trophiques et comme conséquence, antidyscrasiques, antidiathésiques.

Il ne faut pas arguer de vertus antiseptiques, car elles constituent au contraire, liquide vivant et vital, d'excellents bouillons de culture. En particulier l'hydrogène sulfuré, qui n'est certainement pas l'élément primitif et fondamental de nos eaux et dont le dégagement est plus ou moins considérable suivant les sources, est dû tout autant à l'évolution de *sulfobactéries* qu'à la crase primitive de l'eau et à son aptitude à tels ou tels modes de transformations successives. Cette aptitude diverse et d'ailleurs contingente est vraisemblablement le résultat de modifications survenues dans la pérégrination des filons thermaux à travers les couches géologiques superficielles. C'est ce qui explique comment, en général, bien qu'avec un minimum de principes minéralisateurs, les eaux les plus chaudes sont les plus actives. C'est que la thermalité plus élevée indique une migration plus directe, une intégrité plus parfaite. Durand-Fardel revenait souvent sur ce point d'hydrologie. Nos eaux sulfureuses des Pyrénées forment une grande famille dont les origines sont identiques et dont les applications thérapeutiques ne peuvent que se ressembler. Elles se diversifient par les adultérations diverses qu'elles ont subies avant d'émerger, trouvant d'autres sources d'origine superficielle avec lesquelles elles se combinent pour former toute une gamme, voir même un clavier. A distance, il est difficile d'affirmer les tons et les nuances. Quelques-unes se font remarquer par une variété plus grande, ce qui détermine plus de difficulté dans le choix, mais aussi un supériorité incontestable. Elles sont susceptibles d'applications si diverses, si multiples que, dans un récent mémoire, présenté à l'Académie de Médecine, paru dans les *Annales d'hydrologie* (mars 1902), le Dr Gauchery écrit : *Tout ce qui est balnéable peut y être traité.*

Les eaux sulfureuses, chlorurées sodiques, ne sauraient arguer d'une supériorité quelconque sur nos eaux simplement *hépatiques*. C'est pour nous un fait banal d'observation journalière. En ajoutant à nos bains les plus actifs des quantités, même minimes, de sels de Salies — je ne dis pas d'eaux mères (1) — nous modérons beaucoup l'activité bien connue de nos sources. Grâce à l'agrégat minéralisateur surajouté, étranger à la crase physiologique de la lymphe, nous avons troublé la statique des éléments dissous, supprimé l'état de tension électrique, modifié, point important, les conditions d'*osmose*.

Ne demandons à nos eaux que ce qu'elles doivent

(1) Les eaux mères ajoutent des qualités sédatives, grâce aux composés calciques et magnésiens dont elles sont surtout composées, sans parler des principes iodo-bromurés.

Digitized by Google

donner, c'est suffisant et surtout n'imitons pas servilement, parce que cela a réussi au point de vue industriel, ce qui se fait dans toutes les stations allemandes, en général, et à Aix-la-Chapelle en particulier. Les syphilitiques n'ont rien à gagner à ce que la frotte, les pilules, les sirops mercuriels, les injections hyperdermiques sévissent concurremment avec la cure sulfureuse. Tous les bons esprits s'élèvent contre les combinaisons et les complications des traitements thermaux. Dans une discussion récente à la Société d'hydrologie, le Dr Labat s'écriait : « il n'y a rien de plus effrayant que la complexité des traitements usités dans les stations allemandes, rien de plus funeste pour la pratique hydrominérale et pour la science. » Le syphilitique va à Aix se confier aux soins de spécialistes, bien plus pour subir le traitement hydrargyrique que pour une cure thermale qui n'est qu'accessoire et contingente. Chez nous les résultats acquis par la cure seule sont à considérer, et, dans tous les cas, il y a lieu d'établir une sélection et ne pas ériger en méthode ce qui ne doit être, à vrai dire, qu'une exception.

En compliquant la cure thermale d'un traitement mercuriel quel qu'il soit, vous en dénaturez le génie naturel, sans équivalent ou compensation. Vous vous privez, en outre, de la merveilleuse activité du traitement spécifique *post-thermal*. Sauf indication dominant toute considération, la cure thermale doit rester *intercalaire* et *post-hydrargyrique*. Considérez, en outre, que votre traitement thermal de trois semaines, si vous le combinez à une cure spécifique, ne va pas ajouter un appoint bien considérable à la très longue série de cures merveilleuses que votre syphilisé *doit* subir, quoi qu'il arrive, et même si rien n'arrive. Le mercure du traitement combiné ajoutera d'autant moins qu'avec un maximum d'ingestion il se fera, quoi qu'on fasse, un minimum d'assimilation, grâce à l'élimination aussi copieuse qu'immédiate que l'on connaît. L'imprégnation de l'organisme, condition expresse d'une cure vraiment d'extinction, comme on disait du temps de Ricard et de Vidal (de Cassis), est rendue impossible par le traitement sulfureux. Vous vous privez du résultat précieux obtenu par la cure *intercalaire* (1), qui est de rendre à l'organisme son maximum de sensibilité vis-à-vis l'agent curateur, lequel reprend de son côté son maximum d'activité.

L'argument que le malade supporte mieux le mercure durant le traitement sulfureux et qu'il n'éprouve même pas de ptyalisme, ne me touche guère. Avec le choix de moyens que nous avons, nous devons arriver *toujours* à faire supporter le mercure. Par contre, ne supposez pas que parce que, durant sa cure thermale, votre client va supporter des doses énormes de sublimé *intus*, des quantités d'onguent napolitain *extra*, il va d'autant mieux triompher de sa vérole. Bien entendu, je passe condamnation pour les cas exceptionnels où l'on a la main forcée par les circonstances ou les conditions exceptionnelles du malade. Si, grâce aux eaux sulfureuses, le mercure ne fait pas ressentir ses effets ordinaires avec des doses qui ne le sont pas, c'est que l'absorption n'a pas été normale, soit par neutralisation immédiate et *in situ*, soit par élimination trop rapide. Pour que Hg ait vraiment l'effet inhibitoire qu'il possède seul sur le virus, il faut qu'il imprègne notre organisme, qu'il ait avec nos cellules un contact prolongé. S'il n'y a plus de règles posologiques dans l'administration du mercure aux eaux sulfureuses, soyez sûr qu'il n'y [illegible] pas de garantie pour l'effet. Pour que le mer[illegible] étreigne le virus et éteigne sa virulence, im[illegible] d'éviter une imprégnation sinon continue, [illegible] suffisamment prolongée et renouvelée. La cu[illegible] fureuse permet justement ce renouvellement d[illegible] prégnation plus active, tandis que l'innocuité qu[illegible] prête au mercure sa combinaison avec l'eau sulfureuse, est la meilleure preuve de son inertie.

Dans la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de Médecine de Paris, le Dr Jullien reconnaît fort bien les grands avantages de la médication thermale sulfureuse. Il signale comme inconvénient ce qui constitue, pour nous, l'immense avantage de la cure et l'unique raison d'être de notre pratique de plus d'un quart de siècle. Il redoute le réveil de la vérole pendant les quelques jours où le soufre fait son œuvre de décapage, débarrassant nos éléments cellulaires d'une rouille mercurielle immobilisée, parce qu'insoluble, par suite à peu près inerte et d'une sauvegarde problématique. Il entend que pendant la cure thermale, on supplée à l'élimination de nos réserves mercurielles, afin que le diathésique ne soit pas, même un instant, privé du précieux agent spécifique. Ces craintes sont absolument vaines, même pour les périodes primo-secondaires, encore plus ou moins en activité et à réveils quelquefois si inattendus. Le Dr Jullien en donne lui-même la meilleure raison. Il rappelle les phénomènes d'hydrargyrisme qui se produisent, pendant la cure thermale, même après une suspension très longue du traitement, entre autres la fétidité de l'haleine avec stomatite, s'accompagnant de ce ptyalisme que j'ai appelé *redux*. On observe également des desquamations épidermiques, appréciables surtout dans les parties les plus amincies, telles que les espaces interdigitaux des mains, parties sur lesquelles l'attention est d'ailleurs plus en éveil. Il y a également des dé-

(1) *Les cures intercalaires de la syphilis aux eaux sulfureuses*, Mém. récompensé par l'Académie de médecine, Paris 1899.

Digitized by Google

bâcles d'intestins qui ne sont pas habituelles à une cure normalement conduite et où la constipation est la règle. Le malade apprécie très bien, une fois qu'on a appelé son attention sur ce point, que ses selles sont comme du temps où il prenait ses pilules de proto-iodure. Chez des malades très largement mercurialisés apparaît même un noircissement très manifeste de tous les ongles.

Cette élimination intensive du mercure dont je viens de relever quelques particularités appréciables à la simple vue, et qui semble un passage dangereux au Dr Jullien, justifie justement notre sevrage momentané. Ce mouvement *exodique* du spécifique ne témoigne-t-il pas d'une activité nouvelle? Il se meut, donc il agit. Cette résorption suivie d'élimination équivaut à un traitement nouveau dont l'organisme est doublement bénéficiaire, car il n'en supporte aucun dommage, bien au contraire. C'est un phénomène de *poussée thermale*, hydrargyrique cette fois. La cure thermale élimine ce qu'elle trouve en nous d'hétérogène; cette fois c'est le mercure, d'autres fois ce sont des toxines qui traduisent leur issue par des caractères très variés. La poussée peut même revêtir le caractère *syphilitique*, tout simplement parce qu'il y avait de la vérole dans les matériaux à éliminer. Chez les arthritiques, si souvent voués à l'hépatisme, le foie concourt au processus si polymorphe de la *poussée*. J'ai constaté maintes fois, dès les premiers jours d'un traitement sulfureux, même très modéré, des augmentations aussi notables que rapides de la glande hépatique, s'accompagnant du syndrome habituel. Un médecin, non prévenu, sera surpris et même alarmé. L'orage est facilement conjuré, la cure thermale n'en fournit que mieux le résultat attendu. C'est probablement à cause des phénomènes gastro-hépatiques et des débâcles biliaires et urinaires qui s'ensuivent que nos anciens attribuaient de grandes vertus aux eaux sulfureuses dans ce qu'ils appelaient l'obstruction du foie qui n'est qu'une modalité d'insuffisance hépatique. Aujourd'hui, on semble redouter l'action du soufre sur le foie. C'est une question d'interprétation de phénomènes autant que de direction de cures. A ce compte, il faudrait éloigner de nos sources la plupart des arthritiques. Je n'insiste pas.

Je conclus en disant que les phénomènes d'hydrargyrisme observés pendant le traitement sulfureux chez des malades complètement sevrés de mercure depuis plus ou moins longtemps, sont une simple modalité du processus habituel de la *poussée* ou *fièvre thermale* (1) et militent contre la combinaison du traitement mercuriel à la cure thermale. J'ajoute, point d'ailleurs secondaire, il est vrai, que les clients apprécient en général beaucoup l'abstention pendant la cure et j'en connais qui, ayant l'habitude de certaines stations, se souciaient médiocrement d'aller chercher leurs cartouches d'onguent napolitain avant de se remettre aux mains du garçon pour subir une frotte qu'un entourage plus ou moins considérable était susceptible de soupçonner et d'apprécier. Bien au-dessus de ce menu détail domine ce fait que la combinaison des traitements ne s'impose nullement et qu'elle avait d'ailleurs le désavantage de dénaturer complètement la cure thermale et ses résultats. Au contraire, le traitement mercuriel donnera un résultat d'autant meilleur que le malade aura été, par une cure thermale simple, d'autant mieux désintoxiqué, d'autant mieux déshydrargyrisé. Il semble en effet que l'agent vecteur de la syphilis est devenu comme, l'organisme lui-même, plus sensible à l'agent curateur. Je citerai comme exemple le cas d'ordre banal d'accidents vulgaires de vérole qui persistent ou récidivent, en dépit des cures pharmaceutiques les mieux conduites. On envoie se promener aux eaux sulfureuses ce malade récalcitrant. L'amélioration, sinon la guérison se produit souvent pendant la saison même, malgré la cessation de Hg. Si la régression des manifestations n'est pas complète, ce que j'appelle la cure hydrargyrique *post-thermale* agit à souhait. C'est un effondrement des manifestations diathésiques, c'est la clôture d'une période d'activité qui a été d'une longueur et d'une résistance peu communes. Aussi, j'estime que dans les premières années de l'évolution de la syphilis, la cure hydrargyrique *post-thermale* s'impose. C'est l'époque de choix. De même, autant que faire se peut, la cure thermale doit succéder à un traitement mercuriel assez prolongé, surtout dans le début. J'ai donné à cette cure thermale le nom d'*intercalaire* ou *post-hydrargyrique*. Cette façon d'intervenir devra être poursuivie pendant les cinq premières années d'une syphilis normale. Plus tard, sauf indications nouvelles, le traitement des équinoxes avec la cure thermale intercalaire doit suffire. Cette pratique diminuera dans de grandes proportions les chances de tertiarisme et aussi celles des affections dites encore *parasyphilitiques*, mais dont le démembrement semble prochain. J'observe, en finissant, que lorsque, chez un ancien syphilitique qui vient soigner aux eaux toute autre affaire que sa syphilis, la cure thermale ne donne pas le résultat qu'elle doit normalement amener, la cure hydrargyrique *post thermale* m'a donné des effets complémentaires souvent très précieux. C'est qu'on avait affaire à des états qui relevaient d'une combinaison de diathèses nécessitant naturellement une combinaison de traitements.

(1) Voir notre Mémoire récompensé par l'Académie de médecine : *La Fièvre thermale*, Paris, 1897.

Digitized by Google

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La prescription en matière d'honoraires médicaux

La médecine est un sacerdoce : j'y consens, mais c'est un sacerdoce qui doit faire vivre son homme. Il ne convient pas que la majesté des vocables conduise à la misère ceux qui se laissent éblouir par eux. Un sacerdoce, soit ; mais pour Dieu, qu'il nous procure le morceau de pain nécessaire. Le public, un certain public du moins — celui qui se fait tirer l'oreille pour payer ses dettes — le public apprécie fort ce terme de sacerdoce appliqué à la médecine. Il le dispense, estime-t-il, du soin d'acquitter les honoraires dus au confrère. Puisque c'est un sacerdoce, on ne doit rien, et le médecin est fort mal venu d'insister. S'il réclame, on le laissera réclamer : affaire de gagner un peu de temps. Bientôt la prescription sera atteinte, et alors, adieu le règlement de compte. Le client se croira volontiers libéré de sa dette. Le délai prévu n'est-il pas dépassé ! Sans doute, le bonhomme a raison ; jusqu'à un certain point la loi le soutient; quand même fera-t-il bien de ne pas trop s'y fier. Il donne prise par bien des endroits, et ce sont ces côtés faibles que le confrère fera bien de connaître.

La prescription, même le terme légal atteint, est loin d'être toujours valable. Elle est basée sur une présomption de paiement. Que le client ne prétende pas avoir payé sa dette, la prescription ne saurait être invoquée. Elle ne l'est pas davantage quand le débiteur reconnaît avoir versé des acomptes. Puisqu'il a tenté de se libérer par des acomptes, c'est donc qu'il avoue tacitement la dette. Que ses explications, au surplus, soient embrouillées et incertaines, la confusion de son système de défense aura pour résultat de faire écarter le moyen de prescription, les juges, de le voir hésitant et contradictoire, pouvant acquérir la conviction qu'il n'avait point payé. D'ailleurs, il y a toujours le serment. Pour un homme de mauvaise foi, ce n'est pas là un obstacle ; mais les clients ont parfois la mauvaise foi modeste. Ils ne tiennent pas à l'étaler au grand jour. « Ils ont pu croire, comme le dit M. Gatineau (*Revue Médicale de la Franche Comté*, 10 mai), qu'il suffirait, pour se tirer d'affaire, d'invoquer la prescription par l'organe d'un mandataire. Ils s'imaginaient qu'elle leur était acquise par le seul fait de l'expiration du délai, sans qu'il soit nécessaire d'avoir payé ».

Du moment qu'il faut y aller d'un serment, halte-là ! Il s'en trouve qui hésitent. Les scrupules du débiteur ne sont pas seulement affaire de conscience : son intérêt lui commande souvent de s'abstenir.

Bien des conditions interviennent qui peuvent modifier la durée de la prescription et l'étendent au delà du terme de deux ans, que lui assigne la loi. Le client a-t-il reconnu sa dette, soit par un billet, soit dans un testament, soit par une lettre qui contienne l'indication du chiffre de la dette, la créance n'est plus prescriptible par deux ans, mais par trente ans. Les citations en justice, les commandements, les saisies agissent dans le même sens, en reculant les limites de la prescription ; mais les actes judiciaires confèrent seuls cet avantage ; l'envoi d'une lettre recommandée et les actes extra judiciaires (significations, sommations, interpellations), ne jouissent à cet égard d'aucune action réelle. Le débiteur, on le voit, se montre vulnérable par bien des côtés. Il l'est quand il a demandé un délai pour payer ou a proposé un arrangement, il l'est encore quand il figure dans les livres comme ayant versé un acompte. Dans tous ces cas, la prescription est une ressource fuyante, et le débiteur fera bien, plutôt que d'y recourir, de venir tout gentiment vous apporter le montant de son dû, en s'excusant du retard. Cela sera plus aimable de sa part et plus prudent aussi. — Z.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Action du jus de raisin sur l'organisme. — Les cures de raisin ont déjà fait l'objet de plusieurs articles parus dans ce journal (1). Deguy et Brissemoret ont, chacun de leur côté, exposé : le premier, l'action thérapeutique; le second, la composition chimique du raisin. Deux autres élèves de M. Huchard, M. Piatot en 1898 et tout récemment M. Bergouignan, ont également rappelé dans leurs thèses les bons effets de la cure de raisin.

Dans une étude très documentée et très consciencieuse (2), M. Moreigne a su nous montrer que la question n'était pas épuisée. Les conclusions thérapeutiques qu'on avait jusqu'ici établies empiriquement sur les cures de raisin, reçoivent de son travail une consécration expérimentale. Par une série d'expériences qui n'a pas compris moins de quatre cents dosages, l'auteur a nettement établi quel était le mode d'action du jus de raisin sur l'organisme.

Les conclusions qui se dégagent de ses recherches sont les suivantes :

Il se produit sous l'influence de la cure de raisin :

« Une augmentation de la diurèse ; une diminution du degré « d'acidité des urines ; une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique ; une action dérivative sur l'intestin (action laxative) ; une diminution des fermentations intestinales ; « une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées ; une fixation de graisse dans l'organisme ; une suractivité de la fonction « hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire. Cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques. »

Comme M. Huchard et ses élèves, l'auteur termine en disant qu'il est regrettable que nous ne sachions pas mieux tirer parti des précieuses ressources que la nature a mises généreusement à notre disposition. — E. A.

Traitement du psoriasis par le permanganate de potasse. — M. Hallopeau traite le psoriasis par l'application de compresses imprégnées d'une solution de permanganate, dont le titre varie suivant la tolérance du 300e au 100. Les résultats sont supérieurs à ceux des autres topiques. Toutefois, il n'est pas dit que le remède pourra être employé sans danger sur les psoriasis généralisés. Il y aurait peut-être risque d'absorption. (*Société franç. Dermatol.*).

(1) *Journal des Praticiens*, 1898, pages 537 et 603.
(2) *Archives de médecine expérimentale*, mai 1902.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Le traitement de la pelade

M. le Dr Gastou formule ainsi le traitement de la pelade (1) :

1° Isoler les plaques, les circonscrire par l'épilation, irriter le cuir chevelu pour faciliter la repousse. Rechercher les foyers infectieux du voisinage, les lésions dentaires (Jacquet), les troubles organiques ou viscéraux et les traiter. Couper les cheveux ras chaque fois qu'on le pourra. Si la pelade est limitée ou à plaques multiples, épilation autour de chaque plaque.

2° Le traitement peut être confié au malade en lui recommandant de cesser dès qu'il survient de la rougeur, du suintement, des excoriations ou des croûtelles.

Tous les jours frictions avec une boulette d'ouate imbibée de :

Acide phénique	4 grammes
— acétique	2 —
Glycérine	ãã 50 —
Alcool	

Enduire ensuite la plaque de :

Vaseline	20 grammes
Salol	1 —

Laver le cuir chevelu à la liqueur de Van Swieten.

3° Quand la pelade résiste, alterner avec la liqueur de Van Swieten, un des mélanges excitants suivants :

Chloral	1 gramme
Alcool camphré	185 —
Essence de térébenthine	15 —

Chloral	1 gramme
Sublimé	0 gr. 25
Essence de térébenthine	15 grammes
Baume de Floraventi	30 —
Alcool camphré	150 —

Ou bien, s'il y a des comédons, de la séborrhée fluente ou sèche :

Alcool camphré	90 grammes
Essence de térébenthine	10 —
Sublimé	0 gr. 10
Glycérine	20 grammes

Sublimé	0 gr. 05
Essence de térébenthine	10 grammes
Benzine	20 —
Ether	40 —
Alcool camphré	150 —

Sur les plaques et au pourtour appliquer :

En cas de séborrhée sèche.

Vaseline	15 grammes
Baume du Pérou	15 —
Soufre sublimé	3 —

En cas de séborrhée huileuse :

Huile de cade	20 grammes
Soufre sublimé	ãã 1 —
Acide salicylique	

En cas de comédons et d'acné :

Baume du Pérou	5 grammes
Onguent Styrax	10 —
Acide salicylique	ãã 1 —
Turbith	
Vaseline	20 —

Faire tous les 6 à 8 jours sur les plaques une friction avec de l'ouate imbibée légèrement de :

Acide phénique	9 grammes
Glycérine ou alcool	1 —

Essuyer tout de suite après. Cette application devra être faite par le médecin et cessée dès qu'il y a rougeur, suintement, vésication.

Epiler tous les huit jours.

Dans les cas de pelade généralisée, faire le traitement précédent par petites plaques successives.

NEUROLOGIE

Hystérie et myxœdème. — M. le Pr Raymond (Hospice de la Salpétrière) présente une femme de 39 ans, à intelligence peu développée. Elle-même avoue qu'elle a la tête dure. Elevée dans une communauté religieuse, elle n'est jamais sortie. Elle est atteinte d'une obésité assez marquée et n'a jamais été réglée. A 28 ans, elle souffre de coliques hépatiques violentes ; plus tard, à la suite d'une émotion vive — elle croise un mort dans les escaliers — survient une première crise d'hystérie. Celles-ci se succèdent, se répètent jusqu'à deux à trois fois par jour. Dans une de ses crises, la malade s'est cassé la jambe. La consolidation s'est faite très lentement ; pour l'obtenir, on a dû la soumettre au traitement thyroïdien. La fracture guérit, mais un accident se dessine à la suite : une contracture en extension du pied sur la jambe.

Aujourd'hui on remarque une anesthésie totale gauche et un rétrécissement du champ visuel du même côté. Ce sont là des stigmates d'hystérie que vient renforcer la présence de la contracture de la jambe. Mais on trouve d'autre signes : la face est œdématiée, on constate un effacement du sillon nasolabial; les paupières sont bouffies et larges, les membres arrondis. Quant aux cheveux ils sont rares et courts. Nous avons dit que la malade n'avait jamais été réglée. M. le Pr Raymond fait remarquer que c'est là un cas de myxœdème fruste.

(1) *Les maladies du cuir chevelu.* J.-B. Baillière et fils, un vol. in-16, 96 p. 1 fr. 50.

Digitized by Google

En 1875, Gull avait le premier décrit cette affection. La maladie se traduisait à la fois par un œdème dur, généralisé, et des troubles intellectuels avec lenteur et lourdeur de l'esprit. Les cheveux étaient courts et cassants, les ongles se fendillaient et tombaient. La circulation périphérique était lente et la température abaissée. Cette maladie a pour point de départ l'absence de corps thyroïde. C'est le myxœdème spontané de l'adulte dont doit être rapproché le myxœdème chirurgical où la cachexie se produit après l'ablation du corps thyroïde (Kocher, Reverdin) et le myxœdème des crétins, où bien qu'hypertrophié anatomiquement, le corps thyroïde se montre atrophié au point de vue fonctionnel, ainsi que l'idiotie myxœdémateuse de l'enfant.

Cette malade rentre dans la classe des infantiles myxœdémateux par opposition aux infantiles dystrophiques chez lesquels l'arrêt de développement est lié non à l'absence de corps thyroïde, mais à un vice héréditaire, à une maladie infectieuse ou toxique des parents.

Le traitement consistera en tablettes de suc thyroïdien et en massages sur la jambe. Le traitement thyroïdien produit des effets remarquables, et à cet effet, M. le Pr Raymond montre une naine âgée de 46 ans, chez qui pareille médication a produit des effets immédiats. Les règles qui n'existaient pas ont paru et les cheveux ont repoussé après le traitement. L'esprit en même temps est devenu plus alerte.

Forme fruste de la maladie de Basedow. — Une jeune fille de 19 ans et 1/2 vient consulter M. le Pr Raymond. C'est une fille nerveuse, fille de mère nerveuse et de père coléreux. A eu des convulsions dans l'enfance et est restée longtemps chétive et petite. Réglée à 12 ans 1/2, elle avait un caractère irritable et des terreurs nocturnes l'affolaient. Peu à peu une humeur triste l'envahit. Les terreurs qu'elle n'avait tout d'abord que la nuit la poursuivirent le jour. Elle pleurait et avait peur. Elle voyait son cercueil, son enterrement; elle eut même des hallucinations de l'ouïe. Des voix lui commandaient de se jeter par la fenêtre. Elle avait besoin de courir, de monter. A 17 ans, surviennent des battements de cœur; d'abord nocturnes, ils se prolongèrent ensuite le jour et devinrent permanents.

Les signes physiques s'accentuèrent peu à peu. Aujourd'hui la malade présente un tremblement menu et rapide de la main gauche. Les yeux sont un peu plus saillants que normalement, la paupière supérieure suit le globe oculaire ; la fente palpébrale est élargie. Les réflexes lumineux et à l'accommodation sont conservés. Le cou commence à grossir et les lobes latéraux de la thyroïde sont légèrement augmentés de volume. Il existe de la tachycardie sans lésion d'orifice : 125 à 130 pulsations par minute. La sensibilité est normale. La force musculaire est intacte ; on n'observe pas de dérobement des jambes.

Cette malade est curieuse par le prélude de sa maladie de Basedow. Cela a commencé par des troubles mentaux. Les battements de cœur ont suivi. M. Raymond a jadis insisté sur le terrain d'hérédité du goître exophtalmique. La jeune fille avant de devenir basedowienne, présentait des périodes d'excitation alternées avec des périodes de dépression. Elle parlait de se jeter par la fenêtre ou restait dans un coin à pleurer. Le délire polymorphe des dégénérés présente des caractère pareils. C'est sur lui que la maladie de Basedow est venue se greffer.

En pareil cas, il semble que le trouble émotif antérieur vienne un beau jour réagir sur le sympathique et déterminer un trouble dans le fonctionnement du corps thyroïde. Car la théorie sympathique, celle qui attribue la maladie de Basedow à des accidents vasodilatateurs, cette théorie n'explique pas tout. Elle rend compte de l'exophtalmie, du développement du cou, des battements du cœur, elle explique plus difficilement la polyurie et le tremblement. D'ailleurs cette théorie sympathique ne fait que reculer les difficultés. Une question se pose tout de suite : pourquoi cette action sur le sympathique ?

La théorie thyroïdienne est plus compréhensible. L'injection du suc thyroïdien aux animaux détermine une accélération des battements du cœur et de l'exorbitis. Dans le cas présent, on peut faire intervenir à la fois le trouble sympathique et le trouble thyroïdien, le premier amenant le second.

Cette jeune fille va être isolée loin de ses parents. On la va soumettre à un traitement hydrothérapique. On lui pratiquera la galvanisation du cou, et 8 à 10 gouttes de teinture de strophantus lui seront prescrites tous les jours. Une alimentation tonique complètera ce traitement.

Moyen de reconnaître le réflexe visuel. — M. Maurice Dupont a présenté à la *Société de Neurologie* (15 mai 1902), un excitateur de la pupille destiné à rechercher le réflexe lumineux en plein jour et au lit du malade en évitant le réflexe d'accommodation.

Cet appareil, de petit volume, appliqué sur un œil, donne le *réflexe consensuel* du côté opposé ; appliqué exactement sur la tempe, près de la paupière, il fournit un réflexe direct.

L'excitation de la pupille par ce procédé est comparable à l'excitation d'un muscle par la fermeture brusque du courant : l'appareil offre ceci de parti-

Digitized by Google

culier qu'il donne *un éclair* instantané qui provoque le réflexe alors même qu'il existe cette paresse de la pupille que l'on trouve parfois chez des vésaniques et qui a pu faire croire à un faux signe d'Argyll.

M. Dupont présente un autre appareil expérimenté comme le premier dans le laboratoire de M. Joffroy, pour mesurer l'activité du réflexe pupillaire au moyen d'une pendule chronométrique qui fournit en 1/100e de seconde le coëfficient du réflexe pupillaire de chaque œil successivement. Par ce procédé, M. Dupont a pu constater et mesurer le retard du réflexe pupillaire qui précède l'apparition du signe d'Argyll. Au moyen de cet appareil, l'auteur a recherché quelles étaient les radiations les plus actives pour provoquer le réflexe lumineux, passant en revue les radiations diverses, en particulier du radium et toutes les radiations colorées du spectre.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente. — L'intervention chirurgicale s'impose dans tous les cas d'ethmoïdite suppurée. Elle doit avoir pour but la cure radicale de l'ethmoïdite et elle doit parer, par un large drainage dans un point déclive, aux phénomènes de rétention qui sont le principal facteur des complications encéphaliques ou orbitaires. Trois voies d'accès se présentent : la voie nasale, la voie orbitaire, la voie à la fois nasale et orbitaire. La voie nasale convient uniquement aux sinusites closes enkystées : elle est donc assez rarement de mise. La voie uniquement orbitaire s'applique dans des conditions encore plus exceptionnelles, quand l'ethmoïdite ne communique pas avec les fosses nasales. Enfin, la voie à la fois arbitraire et nasale constitue la technique de l'intervention radicale indiquée dans tous les cas d'ethmoïdite purulente généralisée. C'est le seul moyen de trépaner la totalité des cellules ethmoïdales et il est de mise, que l'ethmoïdite soit isolée ou qu'elle soit associée à d'autres sinusites.

Voici quel est le manuel opératoire schématique tel qu'il est donné par le Dr Guisez, qui dans une thèse remarquable (*Paris*, 1902) a consigné le résultat de ses recherches cadavériques et les opérations pratiquées sur le vivant :

1° Incision courbe à concavité externe allant du quart interne du sourcil au tiers interne de l'arcade orbitaire et passant à quelques millimètres en dedans de la caroncule lacrymale.

2° Section des tendons de l'orbiculaire, du petit muscle de Horner ; décollement et réclinement du sac lacrymal en bas et en dehors. Section de l'aileron ligamenteux du droit interne et du septum orbitale. Décollement du périoste de l'unguis et du planum en évitant l'arrachement des artères ethmoïdales antérieures et la destruction de la poulie de réflexion du grand oblique.

3° Trépanation des os mis à découvert en ayant soin : en arrière de décoller le globe oculaire jusqu'à ce que l'index sente la résistance du nerf optique entouré de sa gaine fibreuse, en haut de ne pas dépasser la suture fronto-ethmoïdale ; si bien, qu'en définitive on agit dans une aire opératoire qui mesure environ 4 centimètres de hauteur sur 3 cent. de large.

4° Curettage minutieux et prudent en tenant la curette un peu oblique en bas et en dedans.

5° Drainage par les fosses nasales, débarrassées avant l'opération des polypes et des fongosités, le cornet moyen ayant été réséqué tout au moins dans sa partie antérieure. Tamponnement de la cavité ethmoïdale par une mèche de gaze iodoformée ou simplement stérilisée dont une extrémité est amenée dans la narine. Suture de la plaie orbitaire sauf à la partie déclive où on laisse un petit drain pendant 24 heures.

La mèche de l'ethmoïde est enlevée le troisième jour.

Les soins consécutifs et le traitement intra-nasal ultérieur ont une grande importance ; ils doivent être poursuivis jusqu'à la guérison, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout suintement nasal ait disparu complètement et que le malade, revu à différentes reprises, ne présente ni gonflement, ni rougeur, ni aucun symptôme du côté de la plaie externe, ni rien d'anormal dans les fosses nasales. — R. B.

Anesthésie par le bromure d'éthyle. — M. le Dr de Crésantignes a imaginé un petit appareil construit par M. Galante pour l'anesthésie par le bromure d'éthyle pur, et par les mélanges où entrent en diverses proportions chlorure de méthyle, chlorure d'éthyle et bromure d'éthyle.

Ces substances, si précieuses dans les opérations de courte durée, car elles réalisent l'anesthésie en quelques secondes, sans présenter aucun danger et laisser de malaise, doivent être, sous peine d'échec, administrées d'une certaine façon : il importe que leurs vapeurs soient mélangées à une quantité d'air minima, non renouvelable, et respirées à dose massive.

Les dispositifs actuellement employés (compresses simples, masque de flanelle, cornet imperméable), ont l'inconvénient ou bien de laisser passer trop d'air et de ne produire qu'une anesthésie lente, incomplète, accompagnée souvent d'excitation, ou alors d'infliger au patient la sensation d'une asphyxie imminente donnant lieu parfois à une lutte des plus

Digitized by Google

pénibles, que l'on rapporte à tort à l'action du médicament.

« L'inhalateur à réservoir d'air » du Dr de Crésantignes, supprime ces inconvénients en mettant à la disposition du sujet à endormir une certaine quantité d'air (environ un demi-litre) qui, contenu dans une vessie souple fixée à l'extrémité d'un mouchoir épinplé en forme de cornet, est inspiré sans effort après s'être chargé de vapeurs anesthésiques au passage, puis s'en retourne lors de l'expiration dans la vessie pour y être repris, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'insensibilité soit complète, ce qui arrive très rapidement.

Présenté par M. le Pr Paul Berger à l'Académie, l'appareil a été expérimenté nombre de fois avec un succès constant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le massage direct du foie et des voies biliaires

Par le Dr Krikors

Le massage en général et celui du ventre en particulier agit sur la circulation périphérique et viscérale, donc aussi sur la circulation hépatique. Ceci est un axiome, dont ceux qui se sont occupés des effets physiologiques et thérapeutiques du massage n'ont pas manqué de tirer parti. Le foie congestionné par le fait de la stase veineuse dans la circulation générale, et non encore sclérosé, diminue de volume, quand la circulation générale et abdominale se régularise, grâce aux manœuvres du massage : voilà un fait qui a été bien démontré.

Les services qu'on peut attendre du massage direct du foie dans les multiples états pathologiques, qui dépendent d'une viciation des fonctions de cet organe, ont été signalés par de Frumerie (*Thèse Paris*, 1901).

La technique de ce massage varie peu dans les différents états pathologiques. Son but est toujours d'agir sur la circulation hépatique, sur la circulation biliaire, sur la cellule hépatique elle-même. De Frumerie recommande de faire des *effleurages* sur les parties qui débordent ; de l'*écrasement* contre la face antérieure, en profitant de l'abaissement du foie pendant les inspirations profondes ; du *pétrissage* de la face inférieure, en profitant du relâchement de la paroi abdominale pendant l'expiration pour enfoncer les doigts de plus en plus profondément pendant l'expiration et sans laisser perdre le terrain gagné pendant l'inspiration. Avec un peu d'habitude et beaucoup de douceur on arrive réellement de cette façon, chez des individus à paroi abdominale pas trop épaisse ou tendue, à toucher une grande partie de la face inférieure du foie. Si le malade est assis et se laisse tomber un peu en avant, en relâchant bien les muscles abdominaux, on arrive encore plus profondément. Les *vibrations* peuvent se faire avantageusement dans cette position. Elles semblent avoir pour effet d'exciter la sécrétion biliaire. Toutes ces manœuvres seront faites avec beaucoup de ménagement, bien entendu.

Voyons maintenant leurs résultats thérapeutiques d'après les observations, qui toutes ont été receuillies dans le service du Dr Gilbert.

Le rôle du foie dans la production de la *glucosurie* est double. Il peut pécher par excès ou par défaut. Dans les diabètes par hyperhépatie, nerveuse ou pancréatique, il n'y a pas grand'chose à espérer du massage du foie. Dans les cas, au contraire, où le foie ne fonctionne pas assez, dans la glucosurie alimentaire, le massage direct du foie est utile. Il stimule les cellules hépatiques. L'urée augmente, le sucre diminue et les signes fonctionnels s'améliorent.

Le massage direct du foie serait indiqué dans la *goutte* pour ceux qui croient que cet organe joue un rôle important dans l'élaboration des matières premières de l'acide urique (acide urique = urée + glycocolle). Rien jusqu'à présent ne démontre cette utilité.

Les *congestions passives* du foie sont heureusement influencées par le massage du ventre et le massage général. Cette constatation avait déjà été faite maintes fois, mais de Frumerie a montré les graves dangers auxquels peut exposer le massage direct du foie. Dans deux cas, en effet, celui-ci a été suivi d'accidents d'asystolie, dus manifestement au traitement. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un homme de 34 ans, qui présentait, déjà avant le traitement, des symptômes d'asystolie : dilatation du cœur droit, insuffisance tricuspidienne, gros foie douloureux, chez un ancien emphysémateux et bronchitique. Ces symptômes s'aggravèrent sous l'influence du massage direct du foie.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de 33 ans, syphilitique, dont le foie était gros et qui avait de l'ictère. Elle n'avait pas, à son entrée, des signes d'asystolie, mais elle avait eu, antérieurement, de l'œdème des jambes. Elle fut prise, dans le cours du traitement, d'accidents d'asystolie assez graves, œdème des jambes très notable, tuméfaction des jugulaires, animées de battements systoliques, dilatation du cœur droit avec souffle tricuspidien, augmentation du volume du foie. Ces accidents cédèrent quand le traitement fut interrompu.

Voilà un fait d'une très grande importance pratique et théorique et qu'il s'agit maintenant d'in-

Digitized by Google

terpréter. Comment, par quel mécanisme, le massage direct du foie peut-il donner lieu à de pareils accidents? La réponse à cette question n'est pas très facile, malheureusement, car cela permettrait de les éviter plus sûrement, sans se priver des bénéfices incontestables du massage direct du foie, dans certains cas.

Il est bien entendu qu'il faut écarter d'emblée l'hypothèse d'un massage maladroit et brutal, M. de Frumerie ayant lui-même insisté sur la douceur et la modération de ces manœuvres de massage. Il faut donc admettre qu'un massage direct du foie, même s'il est très doux, peut être une cause occasionnelle d'asystolie.

Quand il y a de la dilatation du cœur droit, avec insuffisance tricuspidienne, il ne faut pas oublier que le foie joue le rôle de réservoir de sûreté pour le cœur et qu'il le protège contre une arrivée trop forte de sang par les veines caves. La congestion du foie est donc providentielle dans ces cas et il faut bien se garder de la combattre par des moyens directs. J'ai déjà insisté sur les dangers possibles des manœuvres de massage ou de gymnastique qui activent trop le retour du sang veineux et qui imposent un surcroît de travail au cœur droit, dans les cas où celui-ci montre des signes de faiblesse. L'aggravation de l'asystolie observée par M. de Frumerie, dans le cas de dilatation du cœur droit, chez un emphysémateux, pourrait bien être due à l'inobservation de cette règle de conduite. La même explication suffirait pour rendre compte de ce qui s'est passé dans le deuxième cas, où il n'y avait pas des signes d'asystolie au début du traitement, mais où il y en avait eu antérieurement.

M. de Frumerie incline pourtant plutôt vers une autre hypothèse. Il cherche l'explication dans un réflexe occasionné par l'excitation des nerfs sensitifs du ventre et qui aurait produit la dilatation du cœur droit par le mécanisme d'un spasme vasculaire réflexe dans les ramifications de l'artère pulmonaire. Le massage de l'estomac et du paquet intestinal n'a jamais, que je sache, produit cette action réflexe. Il n'y a pas de raison pour que le massage du foie le fasse davantage.

Il y aurait une autre explication possible. Le massage direct du foie pourrait bien aboutir à déverser dans la circulation générale une quantité trop abondante de produits toxiques accumulés dans le foie malade, et qui seraient une cause adjuvante dans la production des accidents asystoliques.

Quoi qu'il en soit du mécanisme des accidents, la notion de leur possibilité doit rendre extrêmement prudent et engager à se contenter du massage du ventre, du massage général, de quelques mouvements de gymnastique médicale, surtout quand il y a menace de dilatation du cœur droit. Si l'on veut atteindre plus directement le foie, on peut faire de la compression thoracique expiratoire, c'est-à-dire augmenter artificiellement l'ampleur des expirations en comprimant la base du thorax à la fin de l'expiration. Dans cette manœuvre le foie se trouve rythmiquement comprimé et massé. Elle présente plusieurs avantages.

1° Le sang du foie se trouve chassé vers le cœur uniquement pendant l'expiration, c'est-à-dire à un moment où le cœur est à même de le manier plus aisément, à cause de l'arrêt relatif de l'arrivée de sang veineux pendant cette phase de la respiration.

2° Les expirations forcées agissent aussi contre la congestion passive des bases des poumons, si fréquente dans les mêmes conditions qui produisent la congestion passive du foie.

3° Elles sont applicables aussi bien chez les personnes dont la paroi abdominale est surchargée de graisse, contractée ou tendue que chez les personnes maigres, et dont la paroi abdominale est souple.

4° Elles offrent plus de sécurité pour l'intégrité des tissus de la glande hépatique, et elles me semblent aussi efficaces que les pressions ou le pétrissage direct du foie, à l'aide desquelles on ne peut non plus espérer atteindre aussi bien la totalité de cet organe.

J'ai pratiqué les expirations forcées depuis longtemps contre la congestion passive du foie, sans jamais constater la moindre menace d'accidents asystoliques, au contraire ; mais elles ne conviendraient certainement pas dans les cas où il existe de la dilatation du cœur avec insuffisance tricuspidienne.

Le massage direct du foie dans la *dégénérescence graisseuse* de cet organe, chez les alcooliques par exemple, sans être capable de produire une rétrocession des lésions, pourrait tout de même, pense M. de Frumerie, rendre des services appréciables dans le début de la maladie et retarder son évolution.

C'est dans les phases initiales des *cirrhoses hypertrophiques*, veineuses ou biliaires, que le massage direct du foie bien exécuté peut rendre de très réels services. Les observations de M. de Frumerie sont très démonstratives sous ce rapport. Le foie peut diminuer légèrement de volume, l'ascite se reproduit moins vite, l'urine et surtout l'urée augmentent notablement, la sensation de gêne et de pesanteur dans l'épigastre et l'hypochondre droit diminue, la tension artérielle s'élève. Les observations n'ont malheureusement pas été continuées pendant assez longtemps — chose difficile à l'hôpital — pour qu'on puisse se faire une idée exacte de la durée de l'amélioration constatée. Pour ce qui est de la cirrhose biliaire, il est certain que l'amélioration ne peut

Digitized by Google

être que passagère, mais la cirrhose veineuse peut guérir et le massage doit pouvoir y contribuer efficacement.

L'ascite n'est pas à proprement parler une contre-indication, mais elle rend le massage tout à fait illusoire. Il faut ponctionner d'abord et masser ensuite, s'il y a lieu. La contre-indication est, au contraire, formelle dans les phases avancées de la maladie, avec forte hypertension portale et état cachectique. Le massage pourrait alors faire plus de mal que de bien et notamment amener des hémorragies gastro-intestinales graves, comme M. de Frumerie en rapporte un exemple.

Dans l'*ictère catarrhal* aigu le massage du foie n'a aucune indication à remplir, mais dans les cas subaigus et prolongés, le massage peut, en favorisant la chasse biliaire, en stimulant la cellule hépatique, rendre de grands services et hâter la guérison.

Le rôle du massage du foie dans la *lithiase biliaire* a été diversement apprécié. En dehors des crises, M. de Frumerie pense que le massage peut constituer un moyen prophylactique utile, non en s'adressant à la vésicule biliaire, ce qui pourrait avoir des inconvénients graves, si elle contenait des calculs, mais à la glande hépatique, dont « les fonctions sont viciées et à la nutrition générale. Cela est très rationnel, en effet ; car, même si la lithiase biliaire est l'effet direct d'une infection des voies biliaires, il n'en est pas moins certain, que cette affection se développe de préférence sur un terrain prédisposé. La difficulté est de savoir comment on peut masser le foie directement sans presser sur la vésicule biliaire. Les expirations forcées permettraient de passer à côté de l'obstacle.

M. Berne a recommandé, dans ce journal même, de masser la vésicule biliaire dans certains cas de constipation, afin d'activer le flux de la bile et de stimuler l'intestin par ce moyen. Quand il n'existe pas de calculs, mais que l'excrétion de la bile est ralentie, le biliousness des Anglais, cette pratique peut logiquement être considérée comme un moyen prophylactique contre la lithiase.

Pendant les crises de coliques hépatiques il serait éminemment imprudent de vouloir, en pressant sur la vésicule, la vider et chasser par force les calculs, quoique certains auteurs n'aient pas hésité à le recommander. On s'exposerait, en ce faisant, non seulement à blesser la muqueuse, mais à faire éclater la vésicule distendue. Aussi M. de Frumerie s'oppose-t-il formellement au massage de la vésicule biliaire, quand il y a des calculs. « S'il y a un seul calcul, dit-il, on ne voit pas trop ce que peut faire le massage, et s'il y a, comme bien souvent, des calculs multiples, le massage risque d'amener, par la migration des calculs, une crise de colique hépatique ». Donc, il ne faut pas masser une vésicule biliaire qui contient des calculs, du moins de façon à exercer une pression sur elle capable de déterminer une migration de calculs ou de blesser la muqueuse. Mais cela ne veut pas dire que toute manœuvre de massage est absolument prohibée sur la région de la vésicule biliaire, pendant les crises de coliques hépatiques.

Ces crises sont bien moins le fait de la migration des calculs que du spasme réflexe que produit quelquefois la présence des calculs dans les canaux biliaires et que peuvent peut-être produire d'autres causes. Eh bien, le massage vibratoire possède une action indéniable pour calmer et résoudre les spasmes, avec la douleur qu'ils provoquent. Je n'ai jamais eu l'occasion de l'essayer contre les crises de coliques hépatiques, mais bien contre des coliques salpingiennes et intestinales. Les vibrations arrivent rapidement à calmer la douleur. Il n'y a aucune raison pour croire qu'elles n'auraient pas le même effet contre les coliques hépatiques. Il faudrait, bien entendu, qu'elles fussent extrêmement douces et exécutées par une main habile, jamais par un vibrateur mécanique ; mais, dans ces conditions, le danger serait nul. Il n'y a pas de raison, dira-t-on, de les essayer, puisque la morphine produit le même effet avec au moins la même certitude. Oui, mais il y a des cas, où l'on peut hésiter à prescrire la morphine.

En somme, et pour me résumer, le massage du foie est certainement destiné à rendre des services dans certains diabètes intermittents, dans les phases initiales des cirrhoses, dans l'ictère chronique, dans la lithiase biliaire et dans les congestions passives, en prenant les précautions indiquées ci-dessus. M. de Frumerie a beaucoup contribué à préciser les indications de ce massage et à en signaler les dangers. Il faut, en effet, procéder avec une extrême prudence, car le foie est un organe délicat qu'il convient de ne pas brutaliser.

Il va de soi que l'étude du massage du foie n'est encore qu'ébauchée. Bien des points sont encore tout à fait dans le vague et particulièrement le rôle du massage dans les glucosuries. Il y a là un champ d'étude ouvert, intéressant, mais difficile.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le nagana. — M. Laveran donne communication des recherches qu'il a entreprises sur cette singulière maladie. Elle sévit dans les pays chauds et attaque un grand nombre d'animaux, qu'ils soient domestiques ou vivent à l'état sauvage. Le nagana, qui épargne l'homme, est consécutif à la piqûre de la mouche tsetsé ; celle-ci inocule dans la

Digitized by Google

plaie, un parasite de la famille des protozoaires, le trypanozoma brucei. Ce parasite ne se développe pas dans le sang humain ; au contraire, le sérum humain jouit vis-à vis de lui de propriétés toxiques. A la suite d'une injection de sérum humain, les trypanozomas disparaissent du sang des animaux qu'ils infectent. La durée de l'incubation est variable ; elle est plus longue quand les trypanozomas sont peu nombreux ou ont été soumis à des températures élevées à 40°. Au hasard des espèces animales, la maladie évolue avec des allures différentes : aiguë, subaiguë ou chronique. Dans les cas aigus d'ordinaire mortels, nombre d'animaux présentent de la fièvre, des anémies, des œdèmes. La guérison est possible quand la maladie traîne en longueur. (*3 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Dystrophie orchidienne. Troubles osseux. — M. P. Dalché. — Les accidents ont débuté chez un malade à la suite de l'atrophie syphilitique des deux testicules. Il existe une infiltration des membres inférieurs et des téguments de l'abdomen, une vague apparence myxœdémateuse de la face. La parole est lente, l'intelligence paresseuse, les poils de la barbe, du tronc et du pubis ont disparu, une sensation de perpétuelle lassitude abat le malade. Amélioré par des préparations d'orchidine, le malade revient au bout de quelques mois. Tous les désordres ont réapparu et avec eux se montre une augmentation de volume des pieds. On sait que l'acromégalie a été attribuée à une lésion des organes génitaux ou au moins à une perturbation des fonctions génitales. De là, l'intérêt de ce symptôme (développement des pieds), dans le cas présent.

Erythème circiné avec tendance progressive récidivant in situ aux époques menstruelles chez une névropathe. — M. Henri Dufour. — Une femme de 42 ans, ménagère, à chaque évolution menstruelle présente un érythème œdémateux par plaques de la grosseur d'une pièce de deux francs au niveau du côté droit du cou. Une tache semblable, aux dernières époques menstruelles est apparue au pli du coude et sur le dos de la main gauche. Ces éléments se montrent le jour qui précède les règles pour s'affacer au bout de quelques jours. Jamais la malade n'a pris d'antipyrine ni de médicament qui puisse faire supposer qu'il s'agit d'une éruption médicamenteuse.

Syndrôme oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon. — M. A. Souques. — La tuberculose pulmonaire moyennant les altérations du premier ganglion thoracique liées aux lésions pleurales de voisinage qui occupent le sommet du poumon, la tuberculose pulmonaire peut donner lieu à un syndrôme oculo-pupillaire, consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale, rétraction du globe oculaire. M. Souques a observé ce syndrôme sur trois tuberculeux.

Tachycardie paroxystique chez un homme atteint d'insuffisance aortique. — M. E. Apert. — Chez un homme de 40 ans, atteint de tachycardie paroxystique, l'autopsie a montré une lésion du pneumogastrique gauche, englobé latéralement dans une cicatrice gaufrée, anthracosique du péricarde fibreux. Deux observations de Chauffard et de Desplats ont déjà établi la possibilité de lésions analogues. A côté de la tachycardie paroxystique essentielle, pure névrose du pneumogastrique, il faudrait donc placer une tachycardie paroxystique symptomatique d'une lésion du pneumogastrique.

Traitement des épanchements pleuraux à répétition par les injections gazeuses. — MM. Vaquez et Quiserne. — En 1888, Potain a indiqué les bons effets que l'on pouvait retirer du traitement du pneumothorax par les injections d'air stérilisé. Les auteurs proposent un traitement de cet ordre dans les pleurésies séreuses récidivantes, où de multiples thoracentèses sont nécessaires ; retirant par la ponction un litre de liquide, ils injectent au moyen de l'appareil imaginé par le Pr Potain, 3/4 de litre environ d'air. Il se forme un hydropneumothorax qui se dissipe plus ou moins lentement (15 jours à 3 mois). Trois malades ont été guéris par ce procédé qui ne rencontre son application que dans des cas assez rares ; la pleurésie de nature tuberculeuse habituelle, guérissant d'ordinaire toute seule.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères. — M. Lejars voit un matin dans son service un homme de 33 ans ayant reçu la veille au soir un violent coup de tampon de tramway dans la région inguino-crurale gauche, qui n'avait pas tardé à enfler. L'examen révèla dans le scarpa une volumineuse bosse sanguine qui, les jours suivants, s'étendit en haut jusqu'à la 10e côte, en bas jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse, en dedans jusqu'au scrotum et à la verge ; aucun signe de fracture du bassin ; mollet uniformément dur, tendu, douloureux avec impotence presque complète des muscles de la jambe ; muscles de la cuisse à peu près intacts comme fonctionnement ; anesthésie au contact et à la douleur du pied et de la moitié inférieure de la jambe ; abolition des battements de fémorale, de la poplitée et de la tibiale postérieure. On porte le diagnostic de rupture interstitielle de l'artère fémorale et on se contente de faire un enveloppement ouaté. Le 4e et le 5e jours le pied s'étant décidément refroidi et des taches violettes apparaissant (affirmation du sphacèle), M. Lejars se décide à intervenir. L'opération est pratiquée 7 jours après l'accident : incision, évacuation d'une abondante collection de sang liquide et de caillots ; la veine fémorale paraît normale, quant à l'artère elle est dure, noire, épaissie sur une longueur de 5 centimètres, depuis 1 centimètre sous l'arcade jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'origine de la fémorale profonde ; celle ci présente le même aspect sur une longueur d'environ 2 centimètres ; au-dessus de la zone contuse la fémorale bat, au-dessous elle ne bat plus.

Digitized by Google

Entre 2 ligatures d'attente posées au-dessus et au-dessous le segment artériel contus est ouvert et les caillots sont enlevés ; une fois la perméabilité rétablie on suture en deux plans au catgut 00 et l'on enlève les deux ligatures d'attente. La poche est détergée et on y laisse une mèche stérilisée. Résultats rapprochés bons, mais dès le 4e jour après l'opération le pied redevient froid, ensuite le sphacèle se produit ; amputation de jambe 26 jours après l'opération : réunion sans incidents.

M. Lejars considère que dans ces traumatismes sous-cutanés l'infection ne joue aucun rôle et que la gangrène presque constante est due à l'occlusion de l'artère principale (et des premières collatérales) par le caillot, par l'épaississement des tuniques et par la compression de dehors en dedans due au sang épanché dans les espaces celluleux voisins.

L'embolie du point contus vers la périphérie joue aussi un rôle non douteux ; c'est elle qui, dans le cas présent, expliquerait l'état du mollet dès le début et la gangrène finale ; c'est pour l'éviter que la conduite à tenir consiste pour M Lejars à ouvrir et à déterger la collection du tissu cellulaire et à faire le plus tôt possible la ligature de l'artère au-dessous du point contus.

M. Delorme fait jouer le grand rôle dans la gangrène à l'étendue et à la multiplicité des dégâts.

L'ancien opéré de résection du maxillaire pour épithélioma présenté par M. Moty, est un exemple frappant de l'inutilité des appareils prothétiques, inventés pour éviter les déformations faciales, appareils très ingénieux mais très délicats et pouvant être nuisibles. Ici, pas d'appareil : la déformation est peu apparente et le malade casse des noisettes entre ses dents avec la moitié du maxillaire qui lui reste.

Cœcotomie pour tumeur stercorale fixée dans l'intestin. — M. Pluyettes en pratiquant une cœcotomie avec le diagnostic de production polypeuse de l'intestin, rencontre une boule fécale fixée à l'intestin par un pli de la muqueuse qu'elle avait emprisonné et qui lui servait de pédicule. Ce pli de muqueuse saine était situé juste en face la valvule de Bauhin. Extirpation : suites opératoires bonnes. La pathogénie de cette tumeur stercorale est la conglomération autour de grains de raisin et l'apport de couches successives.

L'extirpation du ganglion ciliaire doit être pratiquée comme il suit d'après M. Terrien qui a fait de nombreuses recherches cadavériques : opération de Kronlein, section du pont cutané qui sépare la commissure externe de la lèvre externe de l'incision ; section de la conjonctive bulbaire puis du muscle droit externe à quelques millimètres de son insertion sclérale, enfin du petit oblique. Le globe oculaire étant récliné en dedans, on incise la capsule de Tenon et on dissocie la graine située à la face externe du nerf optique jusqu'à ce que le ganglion ciliaire soit reconnu, saisi et arraché. Suture des chefs respectifs du droit externe et du petit oblique ; fermeture de la plaie cutanée,

Fibrômes et grossesses. — M. P. Delbet termine ainsi sa communication : « 1° Dans les cas où l'accouchement naturel est certainement impossible, je crois qu'il vaut mieux intervenir dans les derniers jours de la grossesse, avant le début du travail ; 2° Lorsque l'enfant est mort au moment ou l'on intervient, il vaut mieux, à moins d'indications spéciales, enlever d'un seul coup l'utérus gravide et fibromateux sans césarienne préalable ». — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le Centenaire de l'Internat. — Nos lecteurs ont pu voir dans les journaux politiques le compte rendu des fêtes de l'Internat. Notre collaborateur le Dr H. Gillet, a écrit à cette occasion un à propos en vers. Nous en extrayons les jolis vers qui suivent :

Cent ans déjà passés, l'Internat vint au monde,
Après gestation pénible, mais féconde,
Puisqu'il fut procréé trente fils à la fois.
Bien des femmes mourraient après de tels exploits ;
Mais la médecine eut le bassin assez large,
Pour qu'elle pût porter une telle surcharge.....
L'Internat ! C'est si près pour les uns, c'est si loin
Pour les autres ; pourtant chacun dans un recoin
De son cœur l'a présent, ce temps inoubliable,
Ce temps des premiers pas dans le sentier viable,
Où l'on va, sans souci des ronces du chemin,
Où l'on semble l'enfant gâté, le Benjamin
A qui tout rit, à qui tout semble faire fête...
On allait, ignorant l'âpreté de la lutte,
Toujours, toujours devant, sans que rien ne rebute ;
On donnait au travail un effort non lassé,
Les yeux sur l'avenir et non sur le passé.

Médecine militaire. — Dans nos articles de médecine professionnelle, nous avons exposé les griefs de nos confrères de l'armée. Il semble que l'unanimité ne soit pas faite. Un médecin militaire nous a écrit une lettre fort éloquente à propos de ces plaintes, qu'il estime injustifiées. Ayant passé 13 ans dans des régiments d'arme différente, il a constaté que les médecins militaires auraient tort de récriminer. Ils étaient l'objet d'une estime générale et les nécessités administratives ne les dérangeaient nullement de leur besogne professionnelle.

« Que dire de cette légende accréditée, ajoute notre confrère, que les médecins de l'armée sont distraits de leurs fonctions professionnelles par les soucis de la comptabilité qui leur incombe? Des rapports périodiques de quelques lignes, des registres nominatifs très simples, un livre de recettes et dépenses pour la nourriture des malades... Voilà à quoi se réduisent pour nous, médecins de régiment, les grands soucis de comptabilité. En accordant à ces travaux un maximum de dix minutes par jour, on reste dans la vérité. Quel est le médecin civil qui n'emploie pas ce temps à sa petite comptabilité personnelle?

« Oui certes, nous partageons la discipline de l'armée, mais nous participons aussi à ses gloires. A côté de ceux

Digitized by Google

d'entre nous qui illustrent notre corps de santé par leurs travaux scientifiques, admirez aussi ceux qui ont laissé leur nom dans nos annales militaires et qui ont su nous conserver notre réputation de courage et de dévouement.

« Par ces temps où le niveau moral baisse partout et dans le corps médical comme ailleurs (avouez-le), où le désir de lucre entraîne à bien des bassesses, reconnaissez que sous notre dolman, dont le faible éclat ne peut gêner personne, il y a le praticien qui sait se faire estimer du soldat et du chef, et aussi le chauvin qui aime son métier.

« Ni l'un ni l'autre ne supputera l'augmentation annuelle de ses honoraires, ne jalousera la clientèle payante de son collègue civil. Sans songer à augmenter son luxe à mesure qu'il avancera dans la carrière, il vivra toujours modeste et dans son oraison funèbre on pourra ordinairement dire de lui ce que l'on disait de ce grand orateur Romain : *Mortuus est pauper.* »

Voyages aux eaux minérales. — M. le Dr H. Huchard vient de donner sa démission de membre du comité de patronage des Voyages aux Eaux minérales. L'inutilité de ce comité a été, du reste, implicitement reconnue, puisque son président et son sous-président n'ont même pas été nommés par lui, et que depuis quatre ans ce comité n'a pas été convoqué une seule fois pour procéder à des nominations ou mesures nouvelles. En se retirant spontanément, M. Huchard tient à rendre hommage à la haute pensée patriotique de l'œuvre qui, au début et à sa fondation, n'a pas voulu servir des intérêts particuliers et une ambition personnelle.

Concours de médecine des hôpitaux. — Il y a quelques années, (sans qu'il soit nécessaire de préciser davantage pour éviter les personnalités), le jury du concours se composant de sept juges, comprenait un professeur de la Faculté, deux agrégés et un membre de l'Académie de médecine, plus deux candidats à l'Académie. Avant le concours, et s'appuyant sur la composition de ce jury, M. H. Huchard remit à M. le Dr Wehlin (de Clamart), qui peut en témoigner, un pli cacheté où étaient inscrits d'après leur ordre de nomination, ou plutôt d'élection future, les trois candidats heureux, plus le nom d'un autre candidat très méritant qui, n'étant pas *persona grata* et n'entrant pas dans les combinaisons de candidatures professorale ou académique, serait certainement sacrifié et classé mauvais quatrième. Trois mois après, le concours étant terminé, M. le Dr Wehlin ouvrit le pli cacheté, y trouva inscrites les nominations de trois candidats, plus le nom du malheureux candidat qui, aujourd'hui, attend encore, espère toujours *son* jury. *Et nunc erudimini !...* — R. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Note sur la nouvelle médication Méthyl-Arséniée

D'importantes communications ont été faites récemment à l' « Institut de France » et à l' « Académie de médecine » sur les avantages du « méthyl arsénate de soude » introduit récemment dans la « thérapeutique » par le professeur Armand Gautier et proposé actuellement au corps médical sous le nom d' « *Arsenyle* ». Il est bon de retracer rapidement les principales qualités de ce médicament, telles qu'elles se dégagent maintenant de la pratique médicale et non plus seulement de quelques expériences de laboratoires.

L' « Arsenyle » présente sur les cacodylates l'avantage d'une assimilation parfaite, sans intolérance, et est dépourvu de l'odeur d'ail si nuisible au traitement cacodylique ; grâce à ces précieuses qualités, l' « Arsenyle » peut être ingéré d'une façon constante par la voie stomacale sans qu'il soit besoin d'avoir recours aux injections hypodermiques, comme on était obligé de le faire avec les cacodylates. De plus, tandis que l'action des cacodylates s'était localisée presque uniquement au traitement de la « neurasthénie » et de la tuberculose, l' « arsenyle » a vu s'étendre considérablement son champ d'action qui comprend non seulement les deux affections précitées, mais encore les fièvres, l'impaludisme, le diabète, la bronchite, l'asthme, la chorée, l'anémie et les vomissements incoercibles de la grossesse.

Les résultats les plus probants ont été obtenus avec le « Méthyl-arsénate de soude », par M. le Dr Robin, à la Pitié, et par M. le Dr Variot à l'Hôpital des enfants, dans des cas de « chorée hystérique » et dans la « chorée Sydenham. Le professeur Pinard a obtenu également à la Clinique d'accouchements de l'Hôpital Baudelocque, des résultats remarquables dans le traitement des anémies qui suivent les grossesses répétées et dans les vomissements de la grossesse (Académie de médecine, séance du 25 février 1902).

M. Mouniera a constaté d'autre part que l'action est plus rapide et plus efficace encore, si on prend soin de combiner à l' « Arsenyle » des éléments phosphatés facilement assimilables, afin de combattre la phosphaturie que le « Méthyl-arsénate de soude » seul ne peut arrêter. Il propose une combinaison de certaines « Nucléines » et de « Méthyl-arsénate de soude » (Académie des sciences, 17 mars 1902).

Mais ces conditions sont également réalisées d'une façon toute spéciale avec le « Neuro-Arsenyle » qui contient par chaque cuillerée à café 1 centigramme d'Arsenyle et 30 centigr. de « Glycero phosphate de chaux ».

La dose moyenne nécessaire est de 5 centigr. d' « Arsenyle » par jour.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLANDER, 357, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Quelques remarques sur le régime des diabétiques

par M. G. Linossier (de Vichy)
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon 1)

Si vous parcourez dans les traités classiques, les articles consacrés au diabète, vous ne pouvez manquer d'être frappés de leur accord parfait en ce qui concerne le régime des diabétiques. A peine diffèrent-ils sur quelques détails d'importance secondaire; les grandes lignes sont partout les mêmes. Un optimiste pourrait conclure de cette uniformité de vues que la science est définitivement fixée sur ce point de pratique; ce serait aller un peu vite, et nous n'en sommes malheureusement pas là.

Et il est à craindre que nous n'en soyons pas là de longtemps encore. Vous entendez souvent proclamer dans cet amphithéâtre qu'il n'y a de bienfaisante que la « thérapeutique expliquée ». Il faut avoir pour le régime, cet auxiliaire de la thérapeutique, plus important souvent que la thérapeutique elle-même, une exigence analogue; mais le moyen d'instituer un « régime expliqué » d'une maladie dont la pathogénie est encore aussi confuse que celle du diabète ou plutôt des diabètes! A vous énumérer seulement les hypothèses qui ont été émises sur cette pathogénie, je gaspillerais plus que le temps réservé à cette leçon. Un ouvrage récent se contente de définir le diabète une « glycosurie persistante » en affirmant l'impossibilité d'adopter une autre définition. Cet aveu d'impuissance est un peu humiliant pour la médecine, mais notre amour propre se console à la pensée qu'il y a moins d'un siècle, la tuberculose pulmonaire n'était guère pour les médecins qu'une « toux persistante » et par l'espoir que le diabète trouvera quelque jour ses Laënnec, ses Willemin, ses Koch. Quoi qu'il en soit, c'est cette simple notion, « glycosurie persistante » qui a inspiré jusqu'ici la diététique du diabète. Sans se préoccuper de savoir pourquoi glycosurie, et pourquoi persistance, on a lutté contre le symptôme le plus caractéristique de la maladie.

Rollo a eu le mérite d'indiquer le premier la formule bien simple de cette lutte: supprimer du régime tous les aliments qui renferment du sucre, ou qui, par le fait de la digestion, peuvent donner naissance à du sucre, c'est-à-dire les féculents. Cette formule une fois admise, la prescription du régime devient une simple question de chimie, et peut se réaliser sans l'observation d'un seul malade. Il suffit de consulter les tables de composition des aliments, et de biffer tout ce qui renferme sucre ou amidon. Si, l'exclusion faite, il se trouve que les aliments tolérés ne paraissent pas assez nombreux pour constituer au patient une ration suffisante et suffisamment variée, suivant que l'on est un conciliant ou un intransigeant, on consent à quelques infractions, ou l'on réclame de la chimie les aliments sans féculents ni sucre dont la nature ne sait pas nous fournir une assez grande variété. On enlève au froment son amidon pour faire du pain de gluten, aux fruits leur sucre, quitte à masquer cette extraction par addition de saccharine, etc.

Si la clinique n'est guère intervenue dans la conception de ce régime, elle ne peut, du moins dans le plus grand nombre de cas, que constater son bon effet. Sous son influence, surtout dans le diabète arthritique, celui que l'on observe le plus fréquemment, on voit assez rapidement s'atténuer ou disparaître la glycosurie, et, avec elle, la soif, la lassitude, les dermatoses diabétiques, bref la plupart des symptômes du diabète. La clinique permet même de constater que la suppression des féculents et du sucre, qui, par sa conception, n'est qu'une médication symptomatique, est en réalité un peu mieux que cela, et peut passer jusqu'à un certain point, pour une médication pathogénique

En effet, si le sucre et les féculents n'avaient d'autre inconvénient que d'introduire dans l'organisme du sucre, qui, non utilisé, est appelé à s'éliminer par l'urine, leur exclusion de l'alimentation serait immédiatement suivie de la suppression de la glycosurie, et, une fois cette suppression obtenue, le moindre écart du régime ramènerait la glycosurie disparue. Le sucre se conduirait en quelque sorte comme toute substance inassimilable introduite dans l'organisme, l'iodure de potassium par exemple.

Or, il n'en est pas ainsi. Un diabétique soumis au régime voit sa glycosurie tomber brusquement, dès le premier jour, jusqu'à un certain niveau, pour ne s'abaisser ensuite que progressivement, comme si le premier effet eût été la suppression du passage à travers l'organisme d'une certaine quantité de glucose inutilisable, et le second une amélioration graduelle des fonctions d'utilisation du sucre. Quand la disparition de la glycosurie est réalisée, on peut restituer peu à peu au patient quelques aliments interdits, et on le voit supporter, sans que la glycosurie reparaisse, des doses de sucre alimentaire qu'il n'eût pu assimiler quelque temps auparavant. Quand, par contre, un diabétique, débarrassé par le régime de sa glycosurie, se laisse entraîner à des excès de féculents ou de sucre, la glycosurie, si elle reparaît,

(1) Conférence faite à l'Hôpital Necker, dans le service de M. le Dr Huchard, le 21 mars 1902.

Digitized by Google

le fait quelquefois pour un temps assez long, et ne cède que lentement à la reprise du régime strict.

Il résulte de ces différentes observations, que le sucre alimentaire (qu'il soit ingéré d'ailleurs à l'état de sucre ou à l'état de féculent) n'agit pas seulement en introduisant dans l'organisme du diabétique un excès de sucre inutilisable, et, par ce fait même, destiné à s'éliminer, mais en exagérant le vice de nutrition générale mal défini qui se traduit par le syndrôme clinique du diabète. Par quel mécanisme? Est-ce par une action spéciale sur la cellule hépatique? Je ne veux pas l'examiner ici. Je veux rester sur le terrain de la clinique, et me contente de retenir le fait, qui justifie le régime d'exclusion du sucre conçu par Rollo, sous l'influence d'une autre idée directrice.

Je dirai même en passant que je ne serais pas surpris que l'abus des féculents et du sucre fût une des causes du diabète chez des sujets prédisposés. J'ai toujours été frappé du grand nombre des diabétiques qui avouent être, depuis de longues années, de gros mangeurs de pain ou de sucreries.

***

Je ne puis au cours de cette leçon étudier jusque dans ses détails l'application aux diabétiques du régime de Rollo : je dois me limiter à quelques considérations générales. Il est toutefois quelques particularités qui doivent nous arrêter un instant.

On divise en général les aliments en deux groupes : les aliments autorisés et les aliments défendus, et vous savez déjà que ces derniers sont ceux qui renferment des féculents ou du sucre; tous les autres sont autorisés.

Pour préciser davantage, on autorise toutes les viandes indistinctement, viandes de boucherie rouges et blanches, volaille, poisson, gibier, crustacés. Dans ce groupe d'aliments on n'exclut guère que le foie, comme un peu sucré. Les œufs, le fromage complètent la liste des aliments azotés. Toutes les graisses animales et végétales, les fruits gras constituent les aliments ternaires de choix. Les légumes verts sont tolérés, bien que renfermant un peu d'amidon. Le vin, les alcooliques sont permis.

L'interdiction porte : sur le sucre et les fruits sucrés; sur le lait; sur les aliments amylacés, légumes farineux, pain, pâtes alimentaires, etc.

Le désaccord commence entre les cliniciens, quand il s'agit de spécifier, parmi les aliments dits nuisibles, quels sont ceux qui peuvent être, dans une certaine mesure tolérés, et dans quelle mesure.

Ainsi le sucre et les fruits sucrés sont très généralement proscrits. Je pense au contraire, avec Lépine, qu'on peut les autoriser avec modération : le sucre de canne ou de betterave est, vous le savez, dédoublable dans l'intestin en parties égales de dextrose et de lévulose; le premier identique au sucre urinaire, le second bien mieux toléré que le dextrose par le diabétique, d'après les recherches de Renzi et Reale, Von Leyden, etc., et n'augmentant pas la glycosurie, quand il est pris en quantité modérée. 10 grammes de sucre, renfermant 5 grammes seulement de glucose, ne sont donc pas plus nuisibles que le même poids de pain.

Un raisonnement analogue nous porte à autoriser les fruits peu sucrés, fraises, pêches, abricots, oranges..... qui ne renferment que 5 à 6 pour 100 de sucre, dont une partie est du lévulose.

La question du lait dans le régime des diabétiques mériterait de nous retenir longuement. On en a dit, et très justement, beaucoup de bien et beaucoup de mal. Dongkin a fait disparaître la glycosurie par le régime lacté absolu ; Bouchardat, ajoutant du lait au régime d'un diabétique, a vu le sucre urinaire augmenter chez lui d'une quantité égale à celle du lactose ingéré avec le lait. Il faut évidemment tenir compte, pour expliquer la diversité des résultats obtenus, de la diversité des formes cliniques du diabète, mais je pense toutefois que l'on peut, dans la plupart des cas, résumer le débat dans la formule suivante : Le lait, malgré sa teneur élevée en sucre (5 0/0), est bien toléré par les diabétiques quand on le substitue à d'autres aliments dans la ration quotidienne. Il l'est mal quand on l'ajoute à cette ration, la suralimentation étant le plus souvent une cause de glycosurie, comme je le dirai dans un instant.

Parmi les divers féculents, il en est dont le diabétique se prive facilement. On n'a jamais besoin d'insister beaucoup pour obtenir l'abstinence des haricots ou des lentilles. Il en est un, au contraire, dont le Français ne peut guère se passer, et dont l'exclusion constitue la grosse difficulté du régime, c'est le pain. D'après les calculs d'A. Gautier, la consommation quotidienne du pain à Paris est de 410 gr. par habitant. Il est au-dessous de la vérité de l'évaluer à 500 gr. pour un adulte ; on sait que, chez le soldat, elle s'élève à 1.500 grammes.

Or, le pain renferme 50 à 60 0/0 d'amidon ; c'est donc 250 à 300 grammes de sucre que nous introduisons tous les jours dans l'organisme avec cet aliment. Ce simple calcul montre que la question du pain est autrement importante, pour le diabétique que la question des fruits, et elle a préoccupé tous les médecins qui se sont spécialement attachés à l'étude du diabète.

On a essayé de l'éliminer tout à fait de l'alimentation, et on a imaginé, pour le remplacer, une foule de préparations à base de gluten, de farine de soja, d'aleurone, d'amandes, etc... Toutes ces préparations sont de valeur médiocre ; ou elles sont im-

Digitized by Google

mangeables, ou elles renferment de l'amidon ; le pain de gluten peut en contenir jusqu'à 40 0/0 !

Aussi, à la plupart des diabétiques, il sera préférable d'autoriser le pain, en en limitant la quantité au strict indispensable. Les uns recommandent la croûte, les autres la mie : tous ont raison. La mie, plus aqueuse, renferme moins d'amidon, mais la croûte est plus difficile à manger pour un diabétique qui a, en général, de mauvaises dents, Aussi, si l'on prescrit un poids déterminé de pain, vaudra-t-il mieux conseiller la mie ; si l'on se contente de formuler banalement la plus petite quantité de pain possible, il sera de bonne politique d'imposer la croûte, la plus grillée, la plus dure possible.

Je conseille encore fréquemment de substituer au pain la pomme de terre. Cogniard (de Vichy) l'a considérée, il y a quelque vingt ans, comme un bon aliment des diabétiques. Mossé vient d'en recommander à nouveau l'emploi. Elle renferme près de trois fois moins d'amidon que le pain, et, de plus, à dose égale, la fécule de pomme de terre semble mieux tolérée par l'organisme diabétique que l'amidon du blé, soit que cela tienne à la constitution de la fécule, soit qu'on puisse l'attribuer, comme tend à le faire Mossé, à son association avec des sels de potasse. Je ne serais pas surpris qu'il fallût faire intervenir la pauvreté relative de la pomme de terre en albuminoïdes et en graisse, pauvreté qui fait d'un régime où domine la pomme de terre, un régime d'alimentation restreinte.

***

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que des aliments interdits. Il ne serait peut-être pas inutile de nous demander maintenant si les aliments autorisés sont sans influence aucune sur la glycosurie et peuvent être employés en toutes proportions sans l'aggraver.

L'admettre serait contraire à toutes nos connaissances physiologiques. Nous savons que l'organisme peut faire du glycogène aux dépens des matières albuminoïdes ; chez le diabétique même, Külz a constaté qu'un excès de caséine augmente la quantité de sucre de l'urine dans la proportion de 20 0/0 du poids de la caséine. Von Mehring a fait une observation analogue.

La transformation des graisses en sucre est moins universellement admise ; elle est certainement difficile à mettre directement en évidence ; notamment le foie ne semble guère pouvoir faire du glycogène aux dépens des graisses, et, chez le diabétique, il ne paraît pas que l'usage de la graisse augmente nettement la glycosurie ; néanmoins certains faits physiologiques bien établis ne peuvent être expliqués que si l'on admet cette transformation, que les recherches de Bouchard et Desgrez tendent à localiser dans les muscles. Chauveau admet que 100 grammes d'albumine peuvent fournir dans l'organisme 80 grammes de sucre, et 100 grammes de graisse 161 grammes de sucre. Ces nombres sont sujets à contestation, mais je désire retenir de cet exposé écourte ce fait que l'albumine, la graisse, sont des substances qui, dans leurs transformations intra-organiques peuvent fournir du sucre, que par conséquent elles doivent être utilisées en quantité limitée. En d'autres termes, puisque ce sont les seuls aliments autorisés, l'alimentation doit être limitée chez le diabétique. Son organisme n'est capable de brûler qu'une quantité limitée de sucre. Il est illogique de lui en donner plus qu'il n'en peut utiliser, et il faut se rappeler que donner de l'albumine, donner des graisses c'est encore donner du sucre.

Bouchardat avait trop observé les diabétiques pour ne pas s'être rendu compte de la nécessité de réduire chez eux la ration alimentaire. Maurel est allé plus loin, traitant avec succès des diabétiques par la réduction de l'alimentation, sans se préoccuper de restreindre la ration d'hydrates de carbone en particulier, donnant au contraire à ses malades du lait sucré. Mais la plupart des auteurs se rangent à un avis contraire. Lecorché pense que le diabétique n'a pas moins à craindre de l'inanition que de l'intoxication par le sucre. Dufourt insiste sur ce que la ration du diabétique doit être augmentée d'une quantité d'aliments correspondant au sucre perdu. Dans ce sentiment, on pousse les diabétiques à manger à leur appétit, et, comme ils sont généralement très affamés, ils arrivent forcément à la suralimentation et, comme conséquence, à l'aggravation de leur glycosurie.

C'est la suralimentation qui force à rendre le régime strict ; en limitant la quantité totale des aliments, on pourrait se montrer bien plus coulant sur leur qualité.

Le régime lacté exclusif, le régime de pommes de terre doivent, je n'en doute pas, une grande partie de leur succès à ce qu'ils constituent des régimes d'alimentation restreinte. Grâce à la restriction de l'apport alimentaire général, l'organisme, réduit à la portion congrue, devient capable d'utiliser même les hydrates de carbone, et on peut substituer un régime mixte à un régime exclusif qui n'est pas sans inconvénient dans bien des cas, et c'est sur ce point que je veux insister en terminant.

Prenons, si vous le voulez bien, quelques exemples.

Voici un malade : son père est goutteux, sa mère a souffert de coliques hépatiques. Dans son enfance il a eu de l'eczéma ; adolescent, des migraines ; plus tard de la gravelle ou des douleurs goutteuses. Vous n'avez pas manqué de lui recommander expressément un régime modéré comme quantité d'aliments, plutôt

Digitized by Google

végétarien; peu de viandes, peu de graisses, pas d'alcooliques.

Un jour vous découvrez quelques grammes de sucre dans son urine. Immédiatement changement absolu de tactique, et, à ce même malade, vous recommandez une alimentation abondante, très azotée, peu de végétaux, qui renferment tous plus ou moins d'amidon et de sucre, mais en revanche beaucoup de viande, de graisse, et une certaine quantité d'alcool.

Vraiment est ce bien logique? S'est-il passé dans l'organisme de cet homme, dans sa nutrition, une transformation de nature à justifier l'adoption d'un régime, qui est exactement le contre-pied de celui qui lui a été jusqu'ici recommandé? Non. L'eczéma, les migraines, la lithiase, la goutte, le diabète nous apparaissent comme les stades d'une même évolution clinique. Le diabète en est la conclusion naturelle et presque attendue. Que de son apparition il résulte quelques indications nouvelles, c'est très naturel; mais de là à lui prescrire tout ce que jusque-là on lui a déconseillé comme nuisible, il y a loin, et il est peu probable qu'il se trouve bien de ce changement.

Voici un autre malade : c'est un dyspeptique auquel jusqu'ici vous avez défendu la graisse. Il devient diabétique. Bien qu'il ne soit pas rare de voir céder parfois les troubles dyspeptiques quand apparaît la glycosurie, allez-vous le gorger de corps gras au risque de compromettre ses fonctions digestives?

Cantani, qui poussait la rigueur du régime anti-diabétique jusqu'à la férocité, n'autorisant que des viandes et graisses, était obligé d'accorder de temps en temps à ses malades un peu de repos, et ce repos, c'était un jour de jeûne!

Un des premiers malades que j'ai eu à soigner à Vichy, était un homme de 76 ans, qui venait demander aux eaux de le débarrasser d'une glycosurie légère. Elle n'avait jamais dépassé 18 grammes par litre, mais le malade, dont la raison était un peu ébranlée, y ajoutait une importance énorme, et s'imposait un régime exclusivement carné. Or, en l'examinant, je lui trouvai un cœur atteint de myocardite, ayant jusqu'à 150 pulsations irrégulières par minute; l'urine renfermait de l'albumine, et le sujet présentait quotidiennement des accès de dyspnée toxi-alimentaire. Ces accès étaient assez violents pour avoir fait redouter une issue fatale. Je supprimai tout régime, ordonnai du lait malgré les répugnances du malade qui avait peur d'aggraver sa glycosurie, puis un régime mixte lacto-végétarien. La transformation fut rapide. La tachycardie et l'arythmie s'amendèrent. Les accès de dypnée disparurent, et, quand le malade partit, il se portait bien avec 10 grammes de sucre par litre d'urine, tandis qu'en continuant le régime il serait probablement mort avec 5 à 6 grammes.

L'intoxication par le régime carné est encore plus à redouter chez les diabétiques qui ont habituellement dans l'urine de l'acétone, de l'acide diacétique, de l'acide oxybutyrique, et qui sont, par conséquent, sous la menace du coma, ou chez ceux qui, n'en ayant pas habituellement, en ont eu passagèrement. Les auteurs sont assez d'accord pour conseiller de rendre aux sujets atteints de coma diabétique, dès les premiers symptômes de l'affection, un régime mixte; ne serait il pas encore plus sage de ne pas provoquer ces premiers symptômes?

Et cela d'autant plus que beaucoup de diabétiques supportent très bien leur glycosurie. Vous en verrez fréquemment dans la pratique, qui éliminent quotidiennement pendant des années 50, 100 et 150 gr. de sucre, sans éprouver le moindre malaise. Dans ces conditions il est illogique de les exposer à des dangers réels, pour atténuer chez eux un symptôme dont ils ne souffrent pas. Le réduire dans les limites où on peut le faire sans faire courir le moindre risque à l'organisme est nécessaire, mais tout sacrifier à ce seul but: la disparition du sucre, risque d'avoir pour résultat de transformer un glycosurique bien portant en un malade sans sucre.

Il y a même des diabétiques qui ne se portent jamais si bien que quand ils ont beaucoup de sucre. J'ai été consulté, l'été dernier, par un homme de 44 ans, nerveux, dyspeptique, qui depuis 5 à 6 ans est atteint d'une glycosurie très variable. Tantôt l'analyse ne décèle pas trace de glycose, tantôt la quantité s'élève à 40 grammes. Il est venu déjà trois fois à Vichy ayant de 3 à 4 grammes de sucre, et est constamment reparti avec 40 grammes environ. Comme je m'étonne de sa persistance à revenir, en présence de cet insuccès, il me dit qu'il vient précisément à cause de cela, car il ne se porte réellement bien que quand il a beaucoup de sucre. De fait je constatai moi-même que la saison de Vichy agit dans le même sens que les années précédentes. Il partit, se sentant bien, mais avec 46 gr. 4 de sucre par litre.

Je viens de citer des cas dans lesquels le régime classique du diabète est nuisible au malade, tout en restreignant la glycosurie. Il en est de nombreux dans lesquels la restriction de la glycosurie est nulle ou presque insignifiante. Il en est même dans lesquels le régime aggrave la glycosurie elle-même, ou du moins la réduit moins qu'un régime assez riche en sucre, le régime lacté par exemple, ou un régime lacto-végétarien.

Il y a deux ans, je suis appelé auprès d'un jeune homme de 25 ans, atteint de diabète goutteux intermittent. Il avait eu, dans ses urines, jusqu'à 150 gr. de sucre par jour. Il suivait malgré cela le régime des goutteux, sans se préoccuper de sa glycosurie; je le trouvai, la première fois que je le vis, en face

Digitized by Google

d'un compotier de cerises, dont il venait de manger plus de 500 grammes. Bien que les urines ne renfermassent pas de sucre à ce moment, il me parut plus prudent de limiter l'ingestion des aliments sucrés et féculents, et je prescrivis un régime antidiabétique très peu sévère. Quelques jours après, l'urine renfermait 45 grammes de sucre. Je laissai revenir au régime antérieur, fruits et légumes en abondance, et le sucre disparut entièrement.

Je n'ose affirmer que, dans ce cas, la glycosurie ait été aggravée par le régime : il a pu y avoir une coïncidence, car le malade avait des poussées brusques de glycosurie.

Dans l'observation suivante, au contraire, l'aggravation de la glycosurie par le régime antidiabétique ne saurait être mise en doute. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, de souche diabétique. Trois ans avant le moment où il me consulta, il avait découvert des traces de sucre dans son urine. Mis au régime classique des diabétiques, il vit sa glycosurie s'accentuer progressivement jusqu'à atteindre 70 gr. de sucre par litre. Découragé par l'effet désastreux de cette thérapeutique, son médecin essaya du régime lacté exclusif. Son son influence, le sucre disparut ; mais, comme le lait provoquait des troubles digestifs, le malade prit le parti d'alterner le régime lacté avec un régime lacté mitigé, et un régime végétarien riche en hydrate de carbone. De cette manière, il maintenait sa glycosurie à un maximum de 5 grammes par litre. Les tentatives pour reprendre le régime carné l'accentuaient immédiatement. Je dois dire que ce malade avait une cirrhose hypertrophique avec ictère, et c'est très certainement en aggravant l'état du foie, que le régime carné agissait de manière aussi fâcheuse sur la glycosurie.

***

Il résulte suffisamment de ce que nous venons de voir, que le régime des diabétiques n'est pas, comme on le croit trop, un régime identique pour tous. Il doit être adapté à chaque cas, car tous les cas de diabète ne s'adaptent pas à lui.

Pour le fixer dans un cas particulier, on pourra procéder par tâtonnements, étudier l'effet sur la glycosurie de modifications successives du régime, jusqu'à ce que la comparaison ait indiqué la meilleure formule à adopter. Mais n'est-il aucun moyen de prévoir, dès le premier examen du malade, si celui-ci est justiciable d'un régime plus ou moins strict ? Certes nous avons pour y arriver plus d'un point de repère, mais je ne veux vous signaler, en terminant cette leçon, qu'un essai des plus simples, dont vous pouvez tirer des indications précises, c'est le suivant :

Le malade ayant vidé sa vessie le matin au réveil, on recueille l'urine sécrétée pendant les premières heures de la journée en l'absence de toute alimentation, et on y dose le sucre.

Le même malade, ayant d'ailleurs vidé sa vessie au moment du repas de midi, on recueille l'urine sécrétée de midi à quatre heures, après une alimentation ordinaire, et on y dose également le sucre.

Chez la plupart des diabétiques, on observe une différence entre les deux essais, mais cette différence est des plus variables.

J'en ai observé un dont l'urine après le repas, renfermait 57 gr. 6 de sucre par litre, et dont l'urine à jeun n'en renfermait pas trace. Je dis pas trace ; car, soumise à l'ébullition avec la liqueur de Fehling, elle n'en modifiait pas la couleur, et, examinée au polarimètre, elle déviait à gauche le plan de polarisation de 0°,8.

Par contre, la glycosurie du jeune goutteux dont j'ai parlé tout à l'heure, était presque la même à jeun que pendant la période digestive, 33,5 p. 1.000 au lieu de 37. J'ai constaté même parfois chez certains sujets, un peu plus de sucre dans l'urine du jeûne que dans celle qui suit le repas.

Il est hors de doute que le régime ne doit pas être le même chez ces deux catégories de malades.

Chez ceux qui n'ont pas ou presque pas de sucre dans l'urine à jeun, qui correspondent aux diabétiques par anhépathie de Gilbert et Lereboullet, vous pouvez prédire d'avance l'excellent effet du régime antidiabétique. Chez ceux dont les urines du jeûne, tout en renfermant une proportion de sucre appréciable, en contiennent moitié moins que celles de la digestion, le régime aura un effet heureux, mais qui n'ira peut-être pas jusqu'à la disparition complète du sucre. Enfin, dans les cas plus rares où il n'y a pas de différence appréciable entre la richesse en sucre des deux urines, *a fortiori*, quand l'urine de la digestion contient moins de sucre que l'urine du jeûne, le régime strict n'aura qu'un résultat médiocre, peut-être mauvais.

Je n'ai pas eu la prétention, dans cette leçon, de traiter dans son ensemble la question du régime des diabétiques. J'ai voulu seulement vous soumettre quelques réflexions relatives à son application dans la pratique.

Je voudrais en terminant vous le résumer en quelques propositions simples :

1° Le régime ne doit pas être le même dans tous les cas de diabète ;

2° L'interdiction absolue des aliments hydrocarbonés peut être plus nuisible qu'utile. Elle l'est parfois en aggravant chez le sujet certains troubles indépendants de la glycosurie, mais elle peut l'être en aggravant la glycosurie elle-même ;

3° La restriction générale de l'alimentation, trop souvent exagérée chez les diabétiques, est au moins

Digitized by Google

aussi importante pour obtenir la diminution de la glycosurie, que l'interdiction du sucre et des féculents. Elle permet de prescrire un régime beaucoup moins strict. Les bienfaits du régime lacté, du régime de pommes de terre sont certainement, dans une large mesure, attribuables à cette restriction.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le régime diététique de certaines albuminuries

Par le Dr Ch. Fiessinger,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Rien de difficile au point de vue clinique comme de différencier certaines albuminuries brightiques d'albuminuries d'origine fonctionnelle — le mot fonctionnel, dans certains cas, est peut-être impropre; c'est une hypothèse que de dire qu'un trouble est d'origine fonctionnelle — rien ne prouve qu'il n'y ait lésion légère, curable, le mot fonctionnel indiquant seulement la curabilité encore possible de la lésion. Cette réserve faite, ce mot de fonctionnel nous semble devoir être gardé. Employé par notre maître et ami M. Albert Robin, il offre l'avantage en même temps que d'assurer la curabilité du mal, de mettre le médecin en garde contre l'avenir. Il ne faut pas que le désordre de la fonction amène la lésion de l'organe. Au praticien de veiller par une thérapeutique efficace que pareille éventualité ne se produise pas. Maladie fonctionnelle veut dire maladie à la fois curable et pouvant devenir grave. Cliniquement, la désignation est excellente, si elle peut parfois être reprise au point de vue physiologique.

Entre les albuminuries d'origine fonctionnelle, prennent place les albuminuries neurasthéniques et celles-ci sont d'origine multiple, l'épuisement nerveux ressortissant lui-même à des causes diverses. C'est ainsi qu'on aura l'albuminurie phosphaturique d'Albert Robin, l'albuminurie uricémique, l'albuminurie digestive et hépatique, l'albuminurie prétuberculeuse. Comment poser le diagnostic précis? Voilà une première source de difficultés. Il y en a d'autres. L'albuminurie du neurasthénique peut être nettement brightique ; les débuts de l'urémie se traduisent fréquemment par de la fatigue au moindre effort, des crampes, des secousses musculaires, un état d'anxiété vague fort pénible. Le neurasthénique en pareil cas est moins un nerveux qu'un rénal : les accidents graves ne tarderont pas.

Je tiendrais à attirer l'attention sur une autre forme d'albuminurie neurasthénique et qui est tout juste le contraire de l'albuminurie fonctionnelle aboutissant à l'albuminurie brightique. Ici c'est l'albuminurie brightique qui se termine par le désordre fonctionnel; les accidents nerveux absents au début se montrent par la suite; c'est à eux, non à l'état du rein qu'il convient de s'adresser pour obtenir la guérison.

En sorte qu'on pourrait admettre trois classes d'albuminuries neurasthéniques : 1° les fonctionnelles, où l'élément rénal, insignifiant ou même absent, est subordonné au trouble de la nutrition et à l'épuisement nerveux ; 2° les rénales, où l'épuisement nerveux est fonction d'intoxication par insuffisance rénale ; 3° les rénales devenues fonctionnelles. Dans ce dernier cas, les symptômes rénaux s'effacent, l'œdème disparait, la neurasthénie s'installe et irrite peut-être par le trouble de nutrition qu'elle traduit, un filtre rénal en état de moindre résistance du fait d'une atteinte antérieure.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette participation de l'élément nerveux dans les maladies chroniques et sur le grossissement et la persistance que cet élément est apte à apporter dans le tableau symptomatique. Ecartez cet élément, du coup les signes morbides sont allégés et le malade va mieux, fût-il atteint de la maladie organique la plus grave.

Aujourd'hui je me contente de montrer l'importance de cet élément dans l'albuminurie. Il s'agit de deux néphrites terminées par neurasthénie. La céphalée neurasthénique prolongeait la céphalée brightique. La reprise du régime alimentaire a guéri la neurasthénie et a fait disparaître l'albumine qui existait encore.

Mme R..., 35 ans, femme petite et très impressionnable, s'est bien portée jusqu'à l'âge de 30 ans. A ce moment, en septembre 1897, elle fait une fausse couche de quelques mois. Il y eut de l'infection locale, de la métrite, il y eut aussi de l'infection générale.

La malade fut atteinte de néphrite infectieuse, elle eut de l'albuminurie, des maux de tête et présenta même pendant 8 jours une bouffissure marquée de la face. Le repos au lit, quelques semaines de régime lacté remirent les choses en ordre.

Toutefois la santé ne se rétablit pas d'une façon solide. Tantôt des maux de tête l'ébranlaient, tantôt l'albuminurie, et ces deux symptômes n'évoluaient pas parallèlement. La céphalée sonnait l'alarme un jour sans accompagnement d'albuminurie et l'albuminurie reparaissait le lendemain sans accompagnement de céphalée. Trois ans se passèrent ainsi, la malade se mettant de temps à autre au régime lacté exclusif, pour reprendre au bout d'une quinzaine un régime mixte composé, outre le lait, d'œufs, de potages maigres, de légumes au lait, de pain, de beurre frais, de fruits. Pas de vin, de viandes, de charcuterie, de bouillon gras.

Dans l'été de 1900, à la suite d'une scène de fa-

Digitized by Google

mille, l'état nerveux prit tout à-coup le dessus. Un tremblement général de tout le corps saisit la malade — et elle commença à ressentir ses angoisses; — c'était un sentiment de peur, la crainte de mourir, la certitude qu'elle était atteinte d'une maladie incurable. Et cette maladie variait tous les jours. Quand l'albuminurie n'existait pas — car elle n'apparaissait que de temps à autre — c'était le cœur et l'estomac qui devaient être atteints et entraîner la fin. Le fait est que la malade se plaignait d'une douleur précordiale assez vive, mais cette douleur superficielle siégeait dans les muscles et si un jour elle se fixait en face du cœur, le lendemain c'étaient les épaules, le dos, la nuque, le sommet du crâne qui étaient plus particulièrement douloureux. Le cœur lui-même était sain ; l'estomac par contre défaillait sous la tâche. Des lourdeurs au creux épigastrique, des renvois, des aigreurs traduisaient l'atonie de l'organe, la constipation qui était habituelle montrait l'inertie de l'intestin.

Un régime sévère améliora l'estomac. L'état nerveux ne s'amenda pas. Un traitement hydrothérapique par douches fraîches à 18° et à jet brisé de 12 à 15 secondes de durée fut constitué en août 1901. Quarante douches furent prises sans résultat. L'albuminurie elle-même n'augmenta pas du fait du traitement hydrothérapique, la diurèse resta la même (1.500 1.800 grammes): comme avant, les urines laissèrent déceler, pas tous les jours, mais de temps, à autre, 20 à 80 centigrammes d'albumine, quelques cellules épithéliales, des cellules lymphatiques en petit nombre, des cristaux d'acide urique.

En septembre 1901, l'état demeure stationnaire. Les digestions sont bonnes, le cœur et le pouls battent normalement, les douleurs et les angoisses persistent. Que faire ? Nous négligeons complètement le rein et autorisons le vin aux repas. La malade est enchantée, elle peut boire du vin. Nous ne lui prescrivons qu'un remède: l'huile de foie de morue. Quant à l'alimentation, elle prendra sans danger de la viande et du bouillon gras. Ce régime produit un effet rapide.

Le mieux est immédiat, les angoisses se dissipent, l'albuminurie disparaît en 15 jours. La malade, le traitement le montre, était moins une rénale qu'une nerveuse. Que la guérison une fois obtenue se maintienne, j'en ai la preuve chez un second malade que j'ai suivi de longues années. C'était en 1893, un jeune homme de 17 ans qui dans la convalescence d'une scarlatine, montra de l'anasarque et la néphrite. Une épidémie de scarlatine régnait à ce moment à Oyonnax et les complications rénales étaient habituelles. Soumis au repos et au régime lacté, le malade guérit fort bien tout d'abord ; l'œdème et l'albumine disparurent en 3 semaines. Le jeune homme retourna en classe et reprit ses occupations. Il usait d'une nourriture ordinaire : viandes, laitages, légumes. Puis voici que trois mois après le début de la complication rénale, apparut une faiblesse progressive, les digestions devinrent mauvaises, des maux de tête survinrent qui empêchaient tout travail ; le jeune homme était très inquiet. Les urines examinées renfermaient des cylindres épithéliaux et une quantité notable d'albumine (1gr.). Le malade dut se remettre au régime lacté, il garda le lit et l'albumine disparut en quatre jours. D'autre part les maux de tête se dissipèrent et les digestions redevinrent faciles. La fatigue rapide persista toutefois ; cette guérison relative dura quelques semaines, puis tout fut à recommencer. Accentuation de l'épuisement, retour des troubles dyspeptiques, céphalées, cauchemars nocturnes, réapparition de l'albumine. Le repos et le régime lacté procurèrent de nouveau une amélioration et celle-ci resta précaire. Un état nerveux où les angoisses et la crainte de la gravité du mal tenaient le premier plan, prit position et ne laissa pas de répit. Le jeune homme faisant partie d'une Société de Secours mutuels, était tout le temps à notre porte. Sa nourriture se composait de laitages, œufs, légumes, viandes blanches, maigre de jambon. Il ne buvait pas de vin. Quand boira t-il du vin ? C'était là sa préoccupation. Tout de suite, lui dis-je un jour. Il y avait près d'un an qu'il avait pris sa scarlatine. Heureux, le malade rentre chez lui. Il conte la bonne nouvelle et se met à boire du vin et sans trop faire attention à la quantité. Je lui avais permis un demi-litre par jour. La viande et les bouillons gras furent autorisés les jours suivants..

Cette fois la guérison resta définitive. Le malade fit plus tard son service militaire et plus jamais l'albumine ne reparut.

Dans tous les cas d'albuminurie neurasthénique, le praticien devra donc se poser la question : Qu'est-ce qui domine ? L'épuisement nerveux ou la néphrite et traiter son malade en conséquence. L'absence d'œdème, d'hypertension artérielle, la diurèse normale, le petit nombre d'éléments morphologiques des urines lesquels ne se composent guère que de cellules épithéliales, rarement de cylindres épithéliaux plaideront plutôt en faveur de l'origine nerveuse. La céphalée, la fatigue rapide, l'abattement, la pâleur appartiennent aussi bien aux neurasthénies qu'à la néphrite.

Dans le premier cas et quand c'est l'épuisement nerveux qui occupe le plan principal, le praticien tâtonnera quelque peu. On soumettra quinze jours ou trois semaines le malade soit au régime lacté, soit au régime lacto-végétarien. Mais si le mieux ne se

Digitized by Google

dessine pas, si la maladie continue d'évoluer, il conviendra d'user d'une tactique différente. On mettra l'albuminurique au régime de tous et si le malade supporte l'alimentation nouvelle, il boira du vin. Vraiment on a trop médit du vin dans ces dernières années, c'est un reconstituant de premier ordre,

En priver les malades, c'est les affaiblir d'abord et ensuite, par la dépression que cette suppression entraîne, c'est ouvrir chez eux la porte à toutes les angoisses neurasthéniques.

Dans les deux observations qui précèdent le vin aidé de la viande et du bouillon gras, a guéri des albuminuries. Je montrerai prochainement qu'il produit des résurrections dans certaines dyspepsies. Le tout est d'administrer du bon vin (le vin de Bordeaux en général est préférable) et de le manier avec une perception nette de ses indications, lesquelles se peuvent résumer en la règle suivante : effacement du trouble local devant une série d'accidents généraux qui résistent à la médication locale et ressortissent à des symptômes d'épuisement.

On sait du reste que nombre d'albuminuries guérissent par la reprise du régime alimentaire. En 1882, je publiai dans la *Revue médicale de l'Est* l'histoire d'une jeune femme atteinte de néphrite gravidique. En raison de l'état grave, je dus pratiquer l'accouchement prématuré au 7e mois. L'albuminurie persista aux doses énormes de 10 à 15 gr. par jour. La malade ne prenant que du lait, dépérissait à vue d'œil. La voyant perdue, je lui permis, sur ses instances, de modifier son régime. En quelques jours, elle reprit une alimentation ordinaire, mangea de la viande, but du vin comme tout le monde. Le mieux s'accentua rapidement, l'albumine baissa tout de suite, la guérison survint en trois semaines. Depuis ce temps Lécorché et Talamon sont revenus également sur cette nécessité de nourrir les albuminuriques.

C'est que dans la reprise d'un régime substantiel, un double élément réparateur intervient : l'apport de substances nutritives et excitantes d'abord et ensuite la confiance rendue au malade. Il peut manger de tout et boire du vin, c'est donc que son albuminurie est en voie d'amélioration. Cette impression sur le système nerveux ne laisse pas d'être salutaire. Surtout dans les cas de neurasthénie, elle offre chance d'une action efficace.

D'autre part dans l'action réconfortante du régime, une part essentielle doit être laissée au vin. Nos malades, en effet, n'étaient pas dénourris, ils usaient du régime lacto-végétarien, ils ne mouraient pas de faim, mais ils manquaient du coup de fouet qui remet le système nerveux d'aplomb. Il semble bien que ce soit le vin qui le leur ait fourni.

Remarquons toutefois que tous les cas dont nous venons de parler appartiennent à des albuminuries anciennes consécutives à des néphrites aiguës. Dans les cas de sclérose rénale, je crois au contraire qu'il faut se montrer très réservé. L'amélioration et la guérison constatée dans les albuminuries d'origine infectieuse à la suite d'une alimentation substantielle, cette amélioration a peut-être trop influé sur l'idée qu'on se faisait du régime dans la sclérose rénale. Les scléreux rénaux ont un rein particulièrement sensible. On leur permet des potages maigres, des légumes au lait, des œufs, voire des viandes blanches. Celles-ci sont de trop. J'ai vu coup sur coup deux de mes malades mourir brusquement le lendemain du jour où ils avaient pris une aile de volaille bouillie. C'étaient deux hommes de 49 et 52 ans. Le cœur du premier commençait à être touché. Le second était à la période d'hypertension artérielle. Le cœur étant encore sain, notre rénal avait été vu par M. le Pr Teissier (de Lyon). Les urines ne renfermaient que des traces d'albumine, mais le malade avait des céphalées fréquentes. Il urinait 2 litres à 2 litres 1/2 de liquide par jour. M. Teissier le voyant faible, angoissé, dormant mal, très inquiet et préoccupé de son albuminurie, lui prescrivit une alimentation plus réparatrice. Il permit de la volaille. Le malade usa de l'autorisation quelques jours plus tard. Le lendemain, à midi, attaque d'urémie comateuse et mort à 3 heures de l'après midi. Une saignée pratiquée à 1 heure n'avait amené aucun retour de connaissance. Ce dernier malade était aussi un neurasthénique, mais un neurasthénique par intoxication rénale; chez lui l'état nerveux était dominé par l'état du rein. La reprise d'une alimentation ordinaire qui est capable de guérir les albuminuries neurasthéniques fonctionnelles ne semble donc pas exercer pareil effet sur les états neurasthéniques liés à la sclérose rénale. Dans ce dernier cas, ce sont bien plutôt les accidents graves qui se dessinent.

Notre premier cardio-rénal succomba de même : attaque d'urémie comateuse après avoir mangé un petit morceau de volaille bouillie Tombant comme une masse le lendemain à midi, il succombait à 5 h. du soir : tous les traitements (émissions sanguines, lavements purgatifs, éther) étant restés impuissants.

Aussi bien, je crois que la question de l'alimentation des divers albuminuriques devrait être reprise, trop de sévérité une fois la période aiguë passée, entourant peut-être le régime des albuminuries épithéliales, et trop de liberté étant accordée aux albuminuries vasculaires. La différenciation des deux sortes de néphrites — les vasculaires et les épithéliales — vraie au point de vue clinique, semble se continuer sur le terrain thérapeutique.

Digitized by Google

Formulaire du Praticien

La bronchite adénoïdienne. — L'inflammation du naso-pharynx qui existe chez les adénoïdiens peut se répandre, descendre dans les bronches, donner lieu à des bronchites bruyantes, tenaces, s'accompagner de signes d'emphysème. Parfois de véritables crises d'asthme se produisent.

Le traitement curatif consiste dans l'ablation des végétations adénoïdes. M. Méry (Hôpital des Enfants Malades) conseille en outre les médications suivantes :

Au début, une potion expectorante :

Sirop d'ipéca	10 grammes
Benzoate de soude	1 —
Bicarbonate de soude	0 gr. 50
Sir. polygala	20 grammes
Déc. polygala	130 —

Une cuillerée toutes les heures.

On appliquera des cataplasmes sinapisés autour du thorax ; on administrera des infusions chaudes.

Dans les narines sera introduit, avec l'extrémité d'une cuiller, un petit tampon de la pommade suivante, matin et soir :

Acide borique impalpable	4 grammes
Résorcine	0 gr. 20
Vaseline	30 grammes

On ferme la bouche de l'enfant ; celui-ci en respirant par le nez aspire la pommade.

Au lieu de pommade on pourra encore utiliser l'huile mentholée au 1/100, quelques gouttes étant injectées par une seringue.

Plus tard, au lieu d'expectorants, ce sera au tour des dessiccateurs bronchiques d'entrer en scène ; la terpine aux doses de 25 à 50 centigr. rendra des services.

Dans la période de convalescence, on prescrira le miel soufré :

Miel	80 grammes
Fleur de soufre	10 —

1 à 2 cuillerées à café le matin.

Les périodes intercalaires aux poussées bronchitiques seront remplies par la prescription du sirop iodo-tannique.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La loi sur les accidents de travail

Cette loi sur les accidents de travail n'a pas été très favorable aux médecins. Elle leur a infligé un supplément de besogne sans que de ces charges accrues, il soit résulté pour eux le moindre avantage. Ils ont à griffonner et à remplir quelques feuilles d'imprimés de plus. Trop heureux s'ils n'ont pas ensuite à se débattre, soit avec le chef d'industrie, soit avec l'ouvrier, ni l'un ni l'autre ne se déclarant satisfaits. Il est si difficile de contenter tout le monde, surtout quand des intérêts pécuniaires sont en jeu. Le devoir du médecin, dit M. le Dr G. Jamin, dans une thèse intéressante écrite sur ce sujet, le devoir du médecin sera de dépister la simulation chez l'ouvrier, de rechercher si le soi-disant accident de travail n'existait pas antérieurement à l'accident, et ne prolongeait pas une maladie qui traînait depuis longtemps. Sans doute, c'est là le devoir du médecin. Seulement, qu'aura-t-il gagné à le remplir ? Un ennemi de plus. Déjoué dans ses desseins, l'ouvrier ne pardonnera pas volontiers. Les gens du peuple sentent vivement ; ils ont les impressions bruyantes et tumultueuses. Pour avoir agi selon sa conscience, le médecin se verra décrié, vilipendé, conspué ; l'opinion publique le rangera dans le parti des exploiteurs ; c'est tout si on ne le traitera pas d'infâme bourgeois. Voilà où l'aura conduit la loyauté de sa conduite et le souci d'impartialité qu'il s'était plu à observer. Dans sa carrière, toute semée de difficultés et de traverses, ce n'était pas assez de se trouver aux prises avec les imprévus et les malchances de la pratique. Il fallait la loi sur les accidents de travail. Grâce à elle, il sera assuré de grouper dans le rang de ses détracteurs, ceux qui jusqu'alors, l'avaient ménagé comme médecin. Je n'exagère pas. L'application de la loi est susceptible d'exciter, contre le médecin, des animosités vives et des haines féroces. Or, celles-ci ne sont jamais inoffensives. Un homme qui dit du mal de vous et s'acharne, est écouté volontiers et avec plus d'attention que s'il disait du bien. La nature humaine est ainsi faite. Elle prête toujours une oreille plus complaisante à la médisance et à la calomnie, qu'à la louange si mesurée soit elle. Les propos malveillants à votre adresse sont recueillis, colportés, amplifiés. Pourquoi ils sont nés, le motif importe peu ; nul ne se demande s'ils ne reconnaissent pas pour cause cette raison bien simple, que vous avez accompli votre devoir. On a dit du mal ; cela suffit et chacun le répète.

M. Jamin propose un moyen qui facilite cette tâche du médecin. Il est excellent. Pourquoi le patron n'exigerait-il pas un certificat médical avant l'embauchage ? De cette façon il serait renseigné sur les risques que lui ferait courir chaque ouvrier. Survienne un accident, le médecin se trouvera mieux muni. Il connaîtra ce qui existait déjà préalablement, saura dégager avec plus de précision ce qui est imputable à l'accident, ce qu'il convient au contraire de rattacher à des tares d'une autre origine.

Quant aux honoraires, rappelons que le chef d'industrie supporte les frais médicaux et pharmaceutiques, quand l'ouvrier n'a pas fait choix de son médecin. Si l'ouvrier demande un autre médecin, le chef d'industrie est quand même tenu au paiement des honoraires médicaux et pharmaceutiques. Mais ce paiement sera fixé par le juge de paix à une somme qui sera inspirée par le tarif de l'assistance médicale gratuite. Ce tarif en bien des départements est dérisoire. Il appartient aux syndicats médicaux de le remanier et d'imposer aux autorités le relèvement qu'il comporte. — Z.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Clinique des Hôpitaux

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier

Les rapports de la grossesse et de la syphilis. — M. le Dr Maygrier, à l'occasion de deux femmes entrées dans son service, fait une intéressante leçon sur ce sujet. La syphilis des parents peut être double ; il est difficile au fœtus d'échapper à la tare morbide en pareil cas. L un des conjoints peut être seul en cause : la mère, quand par exemple infectée antérieurement, elle s'unit à un homme qui est bien portant. Plus fréquemment c'est le père qui est atteint ; il infecte le produit de conception la mère n'étant ensuite touchée que par l'intermédiaire de ce dernier.

L'origine de la syphilis contractée par les deux femmes présentes vient de leur mari ; elles ignoraient toutes deux la nature de leur mal. La première est âgée de 26 ans ; elle a eu 3 enfants bien portants et n'a demandé son admission à l'hôpital que pour y terminer sa grossesse. Elle présente sur la paroi abdominale et la paroi antérieure du thorax une roséole de couleur jambon fumé qui dure depuis trois semaines. Les organes génitaux ne montrent pas de lésions nettes ; quelques vésicules d'herpès les recouvrent ; il n'existe pas de ganglions inguinaux. Mais au toucher vaginal, sur la paroi latérale droite, on trouve une masse oblongue, un peu dure qui est la cicatrice d'un chancre vaginal. Cette localisation primitive de l'infection est rare. Sur 249 cas, Fournier n'a noté qu'un seul chancre du vagin. C'est à ce siège du mal qu'est sans doute due l'absence de ganglions inguinaux. Dans le cas présent, ce sont les ganglions pelviens qui devaient être touchés et ceux-ci échappent à l'examen.

Quelques jours plus tard apparurent des plaques muqueuses ulcérées autour de la vulve, l'une d'elles figurant une plaie profonde, à bords taillés à pic, à fond cratériforme. Cette femme avait été contaminée à 3 mois de grossesse. On la soumet au traitement spécifique et il est à espérer qu'elle pourra mener sa grossesse à bonne fin. L'époque tardive de son infection, l'efficacité du traitement amèneront sans doute cet heureux résultat.

La seconde femme est une multipare ; une cicatrice noirâtre, indurée, du volume d'un pois, occupe une des grandes lèvres. Des ganglions inguinaux durs roulent sous le doigt. La malade ayant des maux de tête, de l'abattement, présentant une éruption spécifique, avait déjà été traitée antérieurement dans un service de médecine. La syphilis chez elle remontait au 3e mois, comme dans le cas précédent.

L'influence de la grossesse sur les lésions syphilitiques se traduit par leur hypertrophie, leur prolongation. C'est ainsi que le chancre reste volumineux, s'éternise, peut même se transformer en plaque muqueuse, que les plaques muqueuses elles-mêmes deviennent hypertrophiques, que la roséole dure longtemps et prend une teinte foncée, couleur de jambon fumé, qui n'est d'ailleurs pas spéciale à la syphilis, mais que revêtent toutes les éruptions pendant la grossesse.

L'accident initial passe souvent inaperçu. Quand il siège sur le col, ce dernier s'indure à son niveau, et il en peut résulter une certaine gêne pendant l'accouchement. Mais cette gêne est beaucoup plus considérable quand le col tout entier est atteint de cette cervicite scléreuse tertiaire qu'on a comparée à la glossite scléreuse. L'obstacle à l'accouchement peut devenir alors insurmontable et à cette dyskiésie grave il n'y a parfois d'autre remède que l'opération césarienne.

La grossesse est d'ordinaire interrompue. Sur 50 accouchements, 30 n'arrivent pas à terme. Ce sont des avortements, des accouchements prématurés qui se montrent et se répètent. L'influence sur le fœtus est d'autant moindre que le mal est plus ancien ; la première année de l'infection des conjoints est la plus grave pour l'enfant. La maladie date-t-elle de 2 à 3 ans, il peut fort bien y échapper et survivre, à moins toutefois que les parents ne se soient pas soignés; car, en cas d'absence de traitement, la syphilis, bien qu'ancienne, reste dangereuse pour le produit de conception.

La syphilis se transmet fréquemment au moment de la conception. Une femme se marie. Elle devient à la fois syphilitique et enceinte. C'est une conjoncture grave pour le fœtus. L'infection contractée pendant la grossesse est moins redoutable pour lui ; c'est le cas des malades entrées dans le service.

L'enfant peut naître contaminé et nettement syphilitique, avec des bulles de pemphigus à la paume des mains et à la plante des pieds, des éruptions papuleuses , des fissures aux commissures des lèvres, à l'anus, de l'enchifrènement, du coryza. Mais ces symptômes n'apparaissent pas toujours dès la naissance; ils peuvent ne se montrer qu'au bout de quelques jours, rarement au-delà d'un mois. Dans les cas les plus graves, on constate des lésions viscérales, un foie

Digitized by Google

volumineux, une grosse rate, de l'ascite, etc. La mort en est le plus souvent la conséquence. Parfois aussi le nouveau-né est et reste indemne. Il ne faut pas oublier cependant que la syphilis pourra encore se montrer tardivement, après quelques années (syphilis héréditaire tardive).

Enfin, dans certains cas, l'enfant bien que sain est chétif, malingre, rabougri, ridé ; il ressemble à un petit vieillard et s'élève difficilement ; d'autres fois, il présente des malformations diverses, hydrocéphalie, spina bifida, bec-de-lièvre, pieds bots...

Le placenta est d'ordinaire volumineux et lourd, son poids est considérable par rapport à celui du fœtus ; au lieu d'en être le sixième, comme normalement, il en est le cinquième ou le quart. Macroscopiquement il paraît sain ; mais au microscope les villosités sont hypertrophiées ; les vaisseaux sont sclérosés et le stroma interstitiel est infiltré de cellules embryonnaires. Le cordon ombilical est souvent dur et les lésions de sclérose se prolongent sur la veine et les artères. Le champ de l'hématose se trouvant ainsi rétréci et les échanges se faisant à travers des parois vasculaires malades, le fœtus a une nutrition insuffisante. Ainsi s'ajoute pour lui à la tare primitive créée au moment de la fécondation, une cause de débilité congénitale. C'est pour toutes ces raisons qu'il peut succomber aux différentes périodes de la grossesse, des premiers mois jusqu'aux derniers. Parfois, la mort a lieu à la même époque, 7e ou 8e mois par exemple, à plusieurs grossesses successives ; elle est dite alors *mort habituelle*. On la voit même ne survenir qu'au moment du travail, et c'est là un accident qui peut n'être pas sans causer quelque ennui à l'accoucheur car, s'il est intervenu pour terminer l'accouchement, c'est à son opération que la famille aura parfois tendance à attribuer la mort de l'enfant.

Le traitement devra être appliqué sans retard et avec rigueur. Dès qu'une femme enceinte est reconnue syphilitique, on la soumettra à la médication spécifique : soit aux pilules de protoiodure de 0,05 centigr. à la dose d'une ou deux par jour, soit, si les accidents sont graves, aux injections sous-cutanées d'un sel mercuriel soluble (injections quotidiennes) ou insoluble (injections hebdomadaires). Quand les circonstances commandent la discrétion, la nature du traitement sera masquée sous une rubrique d'emprunt, telle que médication tonique, qui le fera accepter aisément.

Quant à l'enfant suspect, il ne sera jamais confié à une nourrice mercenaire qu'il pourrait contaminer. C'est la mère qui lui donnera le sein ou bien on le soumettra à l'allaitement artificiel. Pendant le premier mois surtout, on observera le bébé de près, à l'effet de guetter les signes de syphilis qui pourraient se montrer. Des frictions mercurielles sous les aisselles, au pli de l'aine (1 gr. d'onguent mercuriel), des bains dans une baignoire de bois avec 2, 3, 4 et 5 gr. de sublimé, ou bien l'ingestion de liqueur de van Swieten (10, 15, 20 et 30 gouttes dans du lait): tels sont les remèdes divers qui pourront être administrés, si les signes de l'infection apparaissent. La médication durera 5 à 6 semaines ; on suspendra ensuite un mois pour reprendre 3 à 4 semaines, et ainsi de suite pendant deux ans.

La mère qui allaite son enfant syphilitique n'a rien à craindre. N'eût-elle pas été atteinte de syphilis et le père seul fût-il malade, dès qu'elle a donné naissance à un enfant infecté, elle-même est immunisée. Elle ne contracte plus la syphilis (loi de Colles). Parfois cependant une exception est faite à la règle et la syphilis maternelle peut éclater au cours de la grossesse ou après l'accouchement et se manifester par les signes ordinaires, moins toutefois l'accident initial : c'est la syphilis par choc en retour ou par conception, qui fort heureusement n'est pas fréquemment observée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Enucléation des fibrômes utérins par la voie abdominale. — L'énucléation d'un fibrôme utérin est une opération qui consiste à inciser l'utérus jusque sur le fibrôme, à extraire la tumeur de sa capsule et à suturer la plaie utérine, en conservant à la matrice son intégrité. En 1897 la *Société de chirurgie* remettait à l'ordre du jour la question du traitement des fibrômes. Dès cette époque Tuffier tendait à réagir contre les tendances trop grandes et souvent mal justifiées à sacrifier l'utérus. Il a continué dans cette voie. Ce sont les détails de sa technique et les résultats opératoires que son ancien interne, le Dr Loubet, a consignés dans une thèse particulièrement intéressante.

La veille de l'opération la malade est préparée comme de coutume, de plus le vagin est soigneusement désinfecté et l'utérus dilaté par une tige de laminaire. L'opération comporte les cinq temps suivants :

1° Laparotomie médiane ;

2° Hystérotomie rigoureusement médiane sur la « ligne avasculaire » allant profondément jusqu'au fibrôme dont la capsule même doit être coupée.

3° Enucléation du fibrôme que l'on amarre avec un crochet et que l'on décortique de sa capsule.

4° Suture de l'utérus au catgut en 2 plans : l'un profond musculaire, l'autre superficiel séreux qui sera conduit de façon à réaliser un enfouissement parfait de la suture musculaire.

Digitized by Google

5° Suture de la paroi abdominale (les trois plans habituels.

La technique sera modifiée dans quelques cas particuliers : un fibrôme de la paroi postérieure peut être enlevé soit en creusant l'incision utérine médiane, soit en pratiquant une nouvelle incision sur la paroi postérieure. Les fibrômes latéraux seront atteints par la plaie utérine normale. Quand ils sont de volume modéré, le tissu utérin revient pour ainsi dire sur lui-même pour combler les cavités laissées à leur place ; s'il en était besoin, on ferait un capitonnage des parois au catgut. Quand la cavité utérine est intéressée il faut drainer (drain de caoutchouc) la poche fibromateuse à travers le col et le vagin. Enfin il est des cas où le fibrôme empiète largement sur la corne utérine et nécessite pour être enlevé l'ouverture de la cavité tubaire : la simple suture de la trompe met à l'abri des complications.

Les contre-indications à la méthode sont les suivantes : 1° la multiplicité des fibrômes ; 2° l'existence de lésions annexielles doubles ; 3' l'absence de capsule nette limitant les fibrômes ; 4° le sphacèle de la tumeur. Dans tous ces cas il faudra avoir recours à l'hystérectomie.

Inconvénients : l'hémorrhagie utérine ; mais elle ne survient pas si l'incision est faite exactement médiane ; l'ouverture de la cavité utérine, mais elle n'est pas constante et quand elle existe elle est sans inconvénients si l'on a soin de pratiquer un bon drainage ; l'incertitude d'énucléer tous les fibrômes et le danger de continuation des accidents et de récidive, ce qui est une objection sérieuse. Heureusement la récidive est rare (3 fois sur 290 cas). Ce seul inconvénient n'est pas suffisant pour contrebalancer les avantages de la méthode dont le principal est de débarrasser les jeunes femmes d'une tumeur bénigne, il est vrai, mais riche en inconvénients et en complications, tout *en leur permettant à l'avenir de devenir mères comme avant l'opération*. Les faits sont là pour montrer de plus la cessation des métrorrhagies et la conservation des règles, la disparition des douleurs abdominales, la régression de l'utérus, régression qui commence à s'accuser dès l'énucléation du fibrôme achevée et qui se poursuit pendant les jours qui suivent rappelant bien celle que subit l'utérus gravide après l'accouchement et la délivrance. La mortalité opératoire n'est pas supérieure à la mortalité donnée par les divers procédés d'hystérectomie.

Rappelons en terminant qu'on aura tout avantage à se servir dans cette opération des deux excellents instruments utilisés par Segond dans le morcellement par voie vaginale ; le tire-bouchon et le couteau à extrémité lancéolée à double tranchant courbée sur le plat. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les dangers de l'héroïne. — L'héroïne, dont le *Journal des Praticiens* a déjà parlé (n° 11), ne semble pas un médicament toujours inoffensif. Au point de vue chimique, c'est l'éther diacétique de la morphine. Le remède avait été vanté contre la toux ; on avait également pensé qu'il pouvait être substitué impunément à la morphine dans les cas de morphinomanie. Cette dernière assertion n'est pas exacte : l'héroïne est dangereuse ; les malades s'habituent à l'héroïne comme à la morphine, et quand on veut interrompre l'héroïne, des accidents graves surviennent, comme M. Rodet le rappelle : un homme âgé de 60 ans, ataxique, d'abord morphinomane (1 gr. par jour), prit de l'héroïne en place (5 milligr.), et alors qu'il était déjà guéri de la morphinomanie, on résolut de cesser l'héroïne, mais il fut impossible de supprimer complètement le médicament, car, une fois arrivé à la dose d'un 1/2 milligr. le malade devint cyanosé, cessa de respirer, le pouls continuait à battre faiblement. Pendant 12 heures, on dut pratiquer des flagellations continues et les moyens usités en pareil cas, pour rappeler le malade à la vie. M. Rodet estime que l'héroïne est extrêmement dangereuse par suite de l'action paralysante qu'elle exerce sur le bulbe en amenant des syncopes respiratoires qui pourraient être mortelles si l'on n'intervenait à temps.

M. Pouchet appuie les conclusions de M. Rodet. Des observations nombreuses démontrent que l'emploi de l'héroïne n'a que trop souvent donné de déplorables résultats. Trois dérivés de la morphine ont attiré l'attention dans ces dernières années : la péronine, l'héroïne et la dionine. Cette dernière, selon M. Pouchet, devrait seule continuer à faire partie de l'arsenal thérapeutique. Elle représente une sorte de codéine, car elle contient le radical éthyle et la codéine le radical méthyle : c'est l'éthylmorphine. Elle est à la fois sédative, analgésique, hypnotique. Bien que toxique elle aussi, elle représente un analgésique excellent et calme fort bien la toux (0 gr. 015 à 0 gr. 03 par jour, par voie buccale, rectale, hypodermique). Par cette cette dernière voie, ne pas injecter d'un coup plus de 0 gr. 02. (*Société de Thérapeutique.*)

DERMATOLOGIE

Les cornes palpébrales. — Les observations de cornes cutanées sont assez nombreuses mais non les faits de corne palpébrale. Ces cornes se montrent quelquefois sous forme d'excroissances plates, le plus souvent ce sont des productions allongées coniques, à sommet ordinairement simple, rarement bifurqué ;

Digitized by Google

elles sont d'ordinaire mobiles, participant aux impulsions que la peau reçoit des muscles sous-cutanés à moins que l'inflammation chronique du tissu cellulaire sous-jacent à la base n'ait immobilisé celle-ci. La longueur peut atteindre 3 centimètres ; la consistance est à peu près celle des ongles, les parties les plus fermes composant le sommet de la végétation ; la coloration varie entre le jaune et le brun ; la surface porte des striations transversales. La couche épidermique qui les recouvrait, soulevée par l'excroissance, se déchire et finit par former autour de la base une sorte de gaine qui s'élève plus ou moins haut. Les cornes tombent quelquefois spontanément mais elles se reproduisent avec opiniâtreté. Elles sont rarement douloureuses par elles-mêmes. Elles s'observent dans les deux sexes chez les individus d'âge avancé, rarement au-dessous de 40 ans.

Le diagnostic se fait d'avec :

1° L'épithélioma végétant dont l'évolution est extrêmement lente, puisque Boyer cite une observation dans laquelle la tumeur mit 27 ans à se développer. Mais quand on a enlevé la croûte on trouve une masse fongueuse mamelonnée, assez molle, très friable, saignant facilement et dont la surface secrète un ichor modérément abondant qui se dessèche en croûte.

2° Les verrues, petites tumeurs cutanées dont la saillie est formée d'un pinceau de pointes cornées divergeant d'une base commune.

3° Le molluscum contagiosum, petites masses du volume d'un pois, très dures, très limitées, à surface lisse interrompue au sommet par un ombilic plus ou moins large où l'on distingue une apparence papillaire.

4° Le nœvus corné, production dure, jaunâtre, irrégulière, gagnant plutôt en surface qu'en longueur.

5° Le kératome sénile, plaques écailleuses grises, irrégulières de forme, de faible saillie et disséminées sur le reste du visage.

Les cornes palpébrales sont des tumeurs formées principalement de tissus dermo-épidermiques. Ce sont des papillomes, c'est-à-dire des néoformations à la fois conjonctives, épithéliales et vasculaires, dans lesquelles les papilles jouent le rôle essentiel.

La pathogénie de ces tumeurs a été discutée à nouveau par M. Zarzycki (*Thèse Paris* 1901), Raposi leur donne comme origine le réseau muqueux; d'autres en font un épithélioma bénin ; les derniers enfin voient dans un groupe de papilles leur origine première.

Le pronostic est bénin. Deux points cependant sont à retenir : 1° les cornes palpébrales peuvent devenir douloureuses par suite de l'irritation et de l'inflammation chronique de la base, par l'implantation de l'extrémité libre et recourbée dans le tégument voisin, ou enfin par les entraves qu'elles opposent aux mouvements des paupières, par le larmoiement, l'ectropion et le catarrhe conjonctival consécutif; 2° la transformation en épithélioma malin, quoique exceptionnelle, est toujours possible. Le traitement radical est donc toujours indiqué : enlever la corne au bistouri en dessinant un petit losange de peau saine entourant d'assez loin le pédicule. La dimension et la direction du losange seront choisies de façon à ne pas déterminer d'ectropion et à éviter une cicatrice disgracieuse. Dans les cas de corne extrêmement volumineuse on pourra être obligé de compliquer l'opération par une autoplastie. Dans les cas ordinaires la réparation avec ou sans suture aboutit à une cicatrice linéaire perdue dans les plis de la paupière. Chez les sujets refusant formellement toute opération, le meilleur topique sera le collodion salicylé à 1/10 en ayant bien soin de protéger l'œil. — R. B.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les dangers des boissons spiritueuses, liqueurs, apéritifs. — M. J. V. Laborde. Au cours de la dernière discussion sur l'impôt des boissons, M. le Dr Vaillant avait déposé au Parlement et fait voter une motion ainsi libellée : « Réclamer dès maintenant, de l'Académie de médecine, l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, afin d'interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente de ces liqueurs, apéritifs et boissons ». Malgré cette mise en demeure catégorique et pressante, le Gouvernement a gardé le silence. N'est-il pas plus soucieux des soucis électoraux que des intérêts de la santé publique? Il n'a donc rien demandé à l'Académie. Celle-ci a attendu six mois, un an. Voyant que le Gouvernement ne se décidait pas, elle y est allée de son initiative et présente aux pouvoirs publics le rapport sollicité par M. Vaillant. Rien de néfaste comme les liqueurs, surtout les liqueurs artificielles, liqueurs par distillation ou bien par les essences. La meilleure ne vaut rien. La chartreuse, la bénédictine, le vulnéraire, l'anisette, le genièvre, l'absinthe, les amers, tous ces produits renferment, outre l'alcool, toujours dangereux, des essences toxiques et des éléments alcaloïdiques d'une toxicité égale à celle des essences. Il serait urgent de soumettre le commerce des boissons aux dispositions législatives existantes. D'après les prescriptions de la loi sur les poisons, il est interdit à d'autres qu'aux pharmaciens de vendre de l'essence d'absinthe (loi du 26 mars 1872). Qu'on étende la proscription de l'absinthe aux autres liqueurs, et qu'on fasse appliquer la loi, tout sera dit. C'est le vœu que M. Laborde propose au jugement de l'Académie.

Digitized by Google

MM. A. Malherbe et J. Roubinovitch entretiennent l'Académie de médecine d'un procédé d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Au cours de la séance, MM Fochier (de Lyon) et Mouchet (de Sens) ont été élus correspondants nationaux (2me division), le premier par 70 voix, le second par 60.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un cas de sinusite frontale au cours de la rougeole. — M. J. Belin. Jeune homme de 18 ans atteint, au cours de la rougeole, d'une sinusite frontale gauche suppurée, avec phlegmon de la paupière correspondante. Le Dr Rochard songeait à intervenir chirurgicalement, lorsque le malade fut pris brusquement d'une épistaxis par la narine gauche, épistaxis bientôt suivie d'un écoulement de pus fétide et assez abondant.

Traitement de la chorée. — M. Jules Comby, au cours de ces dernières années, a eu à soigner 240 cas de chorée ; sur les 240 observations recueillies, 90 comptent parmi les cas légers et moyens ; l'auteur n'a pas cru devoir les soumettre à un traitement pharmaceutique quelconque et s'est contenté de prescrire le repos au lit, un régime lacto-végétarien, etc. Si la guérison se faisait attendre, M. Comby usait du drap mouillé qu'il préfère à la douche froide, celle-ci effrayant les enfants et pouvant être contre-indiquée par la tare rhumatismale existante. Le drap mouillé peut être répété 2 à 3 fois par jour. Il est trempé dans l'eau froide, tordu et exprimé étalé sur une couverture de laine, et le tout est enroulé autour du corps de l'enfant depuis les pieds jusqu'au cou. L'enfant séjourne une 1/2 heure, 3/4 d'heure ou 1 heure dans le drap. Le plus souvent un enveloppement le matin est suffisant. M. Comby ne connaît pas de contre-indication au drap mouillé. Sur les 150 cas plus graves, l'auteur en a traité 70 par l'antipyrine, 54 par l'acide arsénieux, 26 par des agents variés (cacodylate, arséniate de soude, salophène, bromhydrate de cicutine, etc.).

Deux malades ont succombé à une endocardite ulcéro-végétante. La dose maxima d'antipyrine que M. Comby conseille est la suivante : 50 centigr. par jour et par année d'âge, ce qui fait 6 gr. à 12 ans. Ce traitement, quand il est bien conduit et bien toléré, amène la guérison de la chorée en 10 ou 15 jours. Dans quelques cas, la chorée résiste à l'antipyrine et alors on ne s'obstinera pas ; après avoir laissé reposer l'enfant, on commencera le traitement par l'arsenic et la guérison ne se fera pas attendre. Les inconvénients de l'antipyrine sont les suivants : diminution de la sécrétion urinaire, avec coloration plus foncée ; hémoglobinurie parfois ; l'oligurie peut aller jusqu'à l'anurie momentanée ; vomissements dans quelques cas, assez souvent érythémes morbilliformes, scarlatiniformes, polymorphes. Ces accidents d'intoxication et d'intolérance sont prévenus ou atténués par le régime lacté et les boissons abondantes. Il faut s'assurer, d'autre part, que le rein fonctionne bien et qu'il n'y a pas d'albuminurie. Quand il fait très chaud, quand l'enfant urine peu et transpire beaucoup, les fortes doses d'antipyrine, comme celles d'arsenic, d'ailleurs, sont plus mal tolérées.

Le traitement par l'acide arsénieux est supérieur, selon l'auteur, à celui par l'antipyrine. M. Comby a traité 54 chorées très graves par cette méthode et avec un succès constant. Il emploie la liqueur de Boudin qui est une solution aqueuse d'acide arsénieux à un pour mille. A partir de l'âge de 8 ans, dès le premier jour, il prescrit dans un julep gommeux de 120 gr., 10 gr. de la liqueur de Boudin ; l'enfant gardant le lit est soumis au régime lacté, prend une cuillerée à soupe de la potion toutes les 2 heures et avale ensuite une tasse de lait. Tous les jours, la même potion gommeuse est prise de la même façon, en augmentant de 5 gr. par jour la dose de liqueur de Boudin, jusqu'à concurrence de 30 gr.; puis en diminuant de 5 gr. jusqu'à la dose initiale de 10 gr. Cela fait en neuf jours (durée de la cure) 170 gr. de liqueur de Boudin, ou 170 milligrammes d'acide arsénieux. Cette dose, M. Comby l'avoue lui-même, est toxique, elle n'est pas toujours tolérée; des enfants ont des vomissements, de la fièvre (fièvre arsénicale), ils risquent des paralysies (paralysies arsénicales).

Voilà de gros inconvénients ; dans la pratique courante, un médecin serait fort mal venu, pour une affection qui, dans la grande majorité des cas, se termine par la guérison, de recourir à une médication aussi dangereuse.

Les indications du sérum de Trunecek chez les artério-scléreux. — M. Mercklen. Le sérum de Trunecek ne fait pas rétrocéder les lésions scléreuses, mais il fait disparaître certains troubles subjectifs de l'artério-sclérose. Il constitue, dans la pensée de l'auteur, un médicament tonique, surtout applicable à l'asthénie et à l'hyperexcitabilité qui, chez les artério-scléreux, dépendent de l'insuffisante irrigation et des altérations nutritives du système nerveux.

M. Huchard, de l'emploi du sérum de Trunecek, a retiré des résultats contradictoires. La question ne semble pas définitivement tranchée.

Récemment nos confrères de Marseille ont parlé du remède; en général ils n'en sont pas enchantés (*Mars. Méd.*, 1er juin). (N. D. L. R.)

Procédé simple pour la mesure approximative des épanchements pleuraux. — M. Ch. Achard relate le procédé de M. Niclot : injection dans la plèvre d'une dose déterminée de bleu de méthylène, puis évaluation par la chronométrie du degré de dilution qu'elle a subie dans le liquide épanché, On extrait 25 centim. cubes de liquide pleural, puis, sans retirer l'aiguille, on injecte dans la plèvre 1 centim. cube d'une solution de bleu à 1/40, soit 25 milligr. On prépare en même temps une dilution de bleu à titre connu, en ajoutant cette même dose à un litre d'eau pure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. le Président fait part à la Société, de la mort de M. Polaillon, ancien président, décédé le 23 mai, qui

Digitized by Google

« laisse un noble héritage : un bagage scientifique dont « tout le monde pourrait être fier, et la mémoire d'une vie « correcte et pleine de dignité. »

La séance est levée en signe de deuil. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'anesthésie par le chloroforme. — Nous recevons la lettre suivante :

« Dans le numéro du 31 mai du *Journal des Praticiens* je lis cette assertion que le professeur Guyon a employé maintes fois le chloroforme chez des vieillards de 80 ans, sans qu'il leur soit survenu aucun accident.

« J'ai à mon actif un fait personnel à ce sujet. C'est chez un vieillard de 80 ans ; il était atteint d'une hypertrophie de la prostate qui nécessitait un sondage délicat. Comme ce malade était doué d'un nervosisme tout particulier, il exigeait que chaque fois qu'il était sondé, ce fût sous l'action anesthésique du chloroforme. Et puis, faut-il le dire : il était dégoûté de la vie et sa pensée de derrière la tête était qu'un beau matin il ne se réveillerait pas de son sommeil chloroformique. Il me l'a dit, quand après avoir été endormi *trente* matinées de suite, il m'a remercié de mes soins qui n'atteignaient pas son but. B... étant à 18 kilomètres de la Côte-Saint-André, je ne pouvais sonder mon malade qu'une fois toutes les 24 heures.

« Pendant la guerre de 1870-71, l'ambulance de la 2e légion de marche du Rhône n'a employé que le chloroforme, et n'a pas eu d'accidents à déplorer. Et pourtant elle a fait de nombreuses opérations, soit après la bataille de Nuits soit à la suite des combats livrés sous Belfort, où elle était devenue ambulance divisionnaire de la 3e division du 24e corps d'armée. Cette ambulance se composait d'internes ou d'anciens internes de Lyon qui n'avaient presque jamais employé le chloroforme.

« Faut-il attribuer ce manque d'accidents à notre vigilance ou bien à la dépression nerveuse qui accompagne toutes les blessures produites par coups de feu et qui pourrait, dans une certaine limite, annihiler les réflexes laryngés ?

« Des médecins qui composaient cette ambulance il ne reste plus aujourd'hui de vivants que mon ami Jullien, chirurgien à Saint-Lazare, et moi. — G. Gigard. »

BIBLIOGRAPHIE

L'art et la science, par le Dr Paul Richer, membre de l'Académie de médecine (Un vol. Masson et Cie édit. 30 fr.).

Voici un très beau volume. M. Paul Richer a démêlé dans les diverses manifestations de l'art (peinture, sculpture) celles qui touchaient par un détail de l'œuvre à une habitude ou à une coutume médicales. Des planches superbes qui reproduisent les estampes du temps, les miniatures des livres d'heures, les frontispices des œuvres d'auteurs célèbres, les toiles des Maîtres nous initient aux particularités de mœurs par quoi se traduisaient chez nos pères leurs opinions sur la médecine. Je lis l'en tête des chapitres et m'arrête à celui qui traite des urologues. Leur vogue remonte aux plus obscures époques du moyen âge ; les conseils d'Hippocrate et de Galien sur la matière avaient rencontré dès la fin du XIIe siècle un commentateur copieux et convaincu. Gilles de Corbeil, médecin de Philippe-Auguste, avait écrit tout un volume en vers latins sur les urines, *de urinis*. Le fameux fabliau, le Roman du Renart, consacre une scène à un pareil examen. Noble, le lion, est malade : il appelle Renart qui lui donne une consultation. Renart demande à examiner les urines, il affirme qu'il y découvrira les causes du mal. Le lion s'étant prêté à son désir, Renart

L'urinal sus en haut leva
Moult le regarde apertement
Torne et retorne moult sovent
Por véoir s'il se tornerait.

Jusqu'au XVIIIe siècle, l'examen des urines frappe l'imagination des artistes chargés de peindre les médecins. Les livres ornent pareil chapitre de gaudrioles ; les artistes en représentent ce qui peut être décemment exposé. En nous rappelant toutes ces pratiques de l'ancien temps, M. Richer les fait revivre à la fois par les belles planches dont est illustré le texte et l'érudition complète et légère qui court à travers les pages. L'œuvre est un monument de l'histoire de l'art appliqué à la médecine et ce monument fait grand honneur à son auteur et intéresse tous les praticiens.

Anatomie des centres nerveux, par J. Déjerine, professeur à la Faculté de Médecine, avec la collaboration de Mme Déjerine-Klumpke. (T. II. F. I). Rueff édit., 1 vol. grand in-8° de 720 p., avec 465 fig. dans le texte, dont 180 en couleur. Prix : 32 francs.

L'œuvre de M. le Pr Déjerine est considérable. Cette anatomie des centres nerveux qu'il a entreprise avec la collaboration de Mme Déjerine, représente un effort extraordinaire. C'est l'exposé détaillé, méticuleux, éclairé de nombreuses figures originales de toute l'anatomie des centres nerveux, telle qu'elle a été établie par la méthode anatomo-clinique. M. le profess. Déjerine, pour sa part, a grandement contribué à cette conquête de la science. Si nous commençons à voir clair dans l'anatomie et la pathologie des centres nerveux, c'est à son travail persévérant, précis, méthodique, tenace, que nous le devons. Peu de médecins à notre époque se peuvent réclamer d'un pareil labeur.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

La cure hydro-thermale de l'arthritisme et de la débilité.

Evaux-les-Bains (Creuse).

Parmi les stations thermales remarquables pour la cure de l'arthritisme, il convient de placer en première ligne la station romaine d'Evaux-les-Bains, située dans un merveilleux paysage de la Creuse. Les récents progrès accomplis sous l'influence des vœux de l'Académie de Médecine et les remarquables cures obtenues sur quelques célébrités en ces derniers temps, ont forcé les portes de

Digitized by Google

cette antique citadelle hydrothérapeutique. Aujourd'hui on va de Paris, de Lyon, de Bordeaux, de Toulouse à Evaux, en six heures; et la cure de 21 à 30 jours s'y fait dans des conditions économiques extrêmement avantageuses.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'avis d'un de nos principaux spécialistes actuels de l'arthritisme, le professeur agrégé Thiroloix, médecin des Hôpitaux de Paris, consulté sur la valeur de la cure thermale à Evaux-les-Bains :

« ...Evaux-les-Bains convient aux arthritiques pour les-
« quels les excitations des grandes stations peuvent être
« nuisibles : aux goutteux articulaires, aux goutteux né-
« vralgiques, aux goutteux bronchiques et aux reliquats
« (rigidité, exsudats, etc ..) de toutes les arthrites infec-
« tieuses.

« En raison de son cadre calme, de ses conditions cli-
« matériques et de ses ressources hydrothérapiques, Evaux
« est une station de choix pour les enfants, les adolescents
« débiles de souche neuro-arthritique et les jeunes filles
« atteintes de dysménorrhée, d'aménorrhée ».

Cette opinion confirme les travaux scientifiques et les observations médicales publiés sur Evaux-les-Bains.

Les causes des effets curatifs sont complexes.

Voici à ce sujet l'extrait d'un rapport du savant hygiéniste Ed. Bonjean.

« Les substances variées en solution, leur réunion doci-
« masique fixe, le fait rare de l'absence d'acide carbonique
« libre, l'abondant dégagement d'azote accompagné d'argon,
« la thermalité naturellement graduée de ces sources
« (56° à 48°), l'existence d'un type froid (15°) et d'un
« type sulfhydrique (40°), la culture dans ces eaux de
« conferves végétales jouant le rôle d'accumulateurs de
« principes curatifs, font des eaux d'Evaux-les-Bains,
« une spécialité hydrominérale. Il faut joindre à cela les
« conditions climatériques locales : chaleur solaire con-
« centrée dans la région des sources, air pur du plateau
« (altitude : 474 m.), état hygrométrique parfait, abri
« contre les vents; le calme et la beauté du site, etc.
« Toutes ces conditions réunies à Evaux-les-Bains suffisent
« peut-être pour expliquer l'action curative obtenue dans
« cette station, sur les manifestations de l'arthritisme et
« de la débilité depuis des siècles. »

Mode d'emploi. — Les eaux d'Evaux sont administrées en boisson; en bains; en douches avec ou sans massage sous l'eau; en irrigations vaginales, rectales; en gargarismes; en bains de vapeur. Les conferves sont utilisées pour des applications topiques locales.

Comme moyen adjuvant : le massage.

L'établissement thermal comprend :

Les cabines de bains de 1re et de 2e classes dont les baignoires en granitine sont à niveau du sol ;

La grande salle de douches où sont réunis les appareils les plus perfectionnés;

Le vaporarium dont l'atmosphère de vapeur est maintenue naturellement à 45° par la source qui l'alimente;

Les bains ainsi que les douches s'ordonnent généralement à une température assez élevée jusqu'à 40° (maximum).

La durée moyenne pour les bains est de 20 minutes, et de 5 minutes au maximum pour les douches.

Les douches, la douche massage, le massage, les irrigations rectales et vaginales sont exécutés d'après les prescriptions médicales afférentes à chaque cas par les masseurs, masseuses, doucheurs, doucheuses diplômés de l'Ecole française d'orthopédie et de massage de Paris.

Pour les gargarismes on emploie l'eau de la source sulfhydrique du Rocher.

En boisson : on ordonne 3 à 4 verres par jour de la source César, bus par petites gorgées à la source même. Aux repas on boit l'eau de cette même source refroidie soit seule, soit associée au vin.

Un hôtel confortable, situé au-dessus de l'établissement thermal, permet aux baigneurs de se rendre facilement ou de se faire porter de leurs chambres aux cabines sans sortir de l'établissement.

Le service médical est assuré par les Drs Bona, Cazy, de Quental.

La cure faite à la station doit enfin être continuée à domicile. L'eau prise en boisson (source César) est destinée à en soutenir, à en prolonger les effets, à modifier l'état goutteux ou rhumatismal et, par suite, à prévenir les manifestations de la diathèse : c'est un des principaux facteurs préventifs, prophylactiques de l'artério-sclérose.

Les eaux d'Evaux ont une spécialisation bien définie : elles réclament *électivement* comme justiciables de leur action curative ; les *goutteux articulaires*, les *rhumatisants chroniques*, les *goutteux névralgiques* et *bronchitiques*; les *neuro-arthritiques* pendant la période de croissance et, *éventuellement*, les *névrosés*, les *déprimés*. — Dr Thibon.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinol naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLAREB, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Dédoublement du second bruit. — Existe-t-il un dédoublement à précession aortique dû à l'hypertension de la grande circulation?

Par P. Cuffer, *médecin de l'hôpital Necker*, et Raymond Bonneau, *interne des hôpitaux*

En auscultant avec soin le cœur de tous les nouveaux malades qui ont été hospitalisés dans le service au cours de ces douze derniers mois, nous avons été frappés de rencontrer assez fréquemment des dédoublements du second bruit qui ne paraissaient nullement en rapport avec une lésion organique de l'appareil circulatoire et qui présentaient la plus grande irrégularité dans leur apparition, se produisant un jour pour disparaître le lendemain, pouvant même subir des modifications en l'espace de moins de 24 heures. Cherchant la cause de cette modification d'un bruit normal, nous avons, pour chaque cas, passé en revue les différentes théories pathogéniques admises et nous pensons qu'à côté des opinions antérieurement émises il y a place pour une nouvelle théorie, qui du reste n'infirme en rien les théories précédentes.

On s'entend aisément sur ce qu'est le dédoublement du second bruit. Cliniquement il se reconnaît à ses deux tons nets, également claquants, de même timbre, de même durée, de même siège (base du cœur), quelquefois si rapprochés que l'oreille a peine à saisir l'intervalle silencieux qui les sépare, mais jamais assez éloignés l'un de l'autre pour qu'on puisse leur assigner d'autre place dans la révolution cardiaque que celle du deuxième bruit qu'ils constituent.

On le différencie sans peine des autres bruits non soufflants, qui à la rigueur pourraient faire hésiter une oreille non prévenue : bruits sourds profonds souvent plus tactiles qu'auditifs, et qui s'appellent : le galop diastolique ou proto-diastolique, le galop mésosystolique ; bruits superficiels, rugueux, prolongés, qui sont les frottements péricardiques toujours à cheval sur les bruits du cœur, mais pouvant se rapprocher du second bruit ; très rare claquement d'ouverture de la mitrale, décrit par Potain dans ses cliniques de la Charité, et qui, s'il est claquant et sec comme un bruit de dédoublement, s'accompagne néanmoins de signes non douteux qui permettent d'affirmer le rétrécissement mitral.

Si en clinique le dédoublement du second bruit se sépare relativement facilement d'avec ce qui n'est pas lui, on peut dire qu'au point de vue de la physiologie pathologique il tranche encore plus nettement sur les autres phénomènes anormaux avoisinants, par la simplicité et l'unité de la cause qui le produit : défaut de synchronisme du claquement des sygmoïdes provoqué par une « différence de tension » dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire. Cette différence de tension est l'axe de la question.

Tous les dédoublements admis jusqu'alors se réduisent en fin de compte à un défaut d'équilibre de la pression sanguine dans les deux gros vaisseaux. Il suffit pour le constater de faire une rapide énumération de ces divers dédoublements.

Laissons d'abord de côté le dédoublement symphysaire symptomatique de symphyse cardiaque, dont Potain dit lui-même que c'est une « véritable rareté », et qui du reste s'explique par le fait que des brides adhérentielles péricardiques de la base du cœur en se rétractant étranglent inégalement l'un ou l'autre des deux gros troncs artériels qui en émergent, en augmentant en sa faveur et la gêne au cours du sang, et la tension qui en est directement dépendante.

Un deuxième dédoublement est le dédoublement *physiologique* influencé par la respiration ; il ne se produit qu'à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, au moment où il y a hypertension pulmonaire par suite du commencement du retrait du poumon sur les vaisseaux de la petite circulation remplis préalablement à l'excès sous l'influence du vide thoracique et de l'appel du sang veineux au cœur droit.

Un troisième dédoublement est le *constant-permanent* du rétrécissement mitral en rapport avec la gêne constante apportée à la petite circulation par le barrage de la valvule auriculo-ventriculaire gauche.

La quatrième et dernière variété comprend des dédoublements qui persistent au cours d'un ou de plusieurs examens et qu'on qualifie alors de constants puisqu'ils ne sont modifiés ni par la respiration, ni par la position du malade, ni par le calme où l'excitation artificielle du cœur, puis qu'on est surpris de ne plus retrouver à un nouvel examen et qu'il faut bien alors qualifier de passagers. Ces dédoublements *constants-passagers* reconnaissent comme les précédents un obstacle à la petite circulation. Tantôt l'obstacle est au poumon, qu'il s'agisse de lésions (dédoublements au cours de la phtisie fibreuse, de l'emphysème, etc.), ou qu'il faille invoquer un spasme des capillaires pulmonaires (réflexe hépato-pulmonaire ou gastro-pulmonaire de Potain). Tantôt l'obstacle est au cœur : il se produit un spasme de l'anneau musculaire qui double le bord d'implantation des valves mitrales à l'anneau tendineux : c'est le rétrécissement mitral spasmodique (Cuffer).

Si nous comparons ces diverses variétés de dédoublements au point de vue de la physiologie pa-

Digitized by Google

thologique nous voyons qu'ils sont fonction d'une hypertension dans la petite circulation, et que par-conséquent les sigmoïdes pulmonaires sont rabattues plus vite que les sigmoïdes aortiques : il y a précession pulmonaire.

Or, nous croyons que l'équilibre peut être dans d'autres cas rompu en sens inverse en faveur de la grande circulation, qu'il peut y avoir un dédoublement à précession aortique dû à l'hypertension de la grande circulation. Les symptômes cliniques seront de deux ordres : d'abord des symptômes négatifs c'est à-dire l'absence des symptômes ordinaires qui accompagnent les autres dédoublements à précession pulmonaire, et particulièrement l'absence des symptômes pulmonaires et cardiaques gauches ; ensuite des symptômes positifs qui sont les suivants : constatation au sphygmomanomètre de l'hypertension artérielle ; constatation de la précession aortique par l'auscultation comparative des deux bruits au deuxième espace gauche et au deuxième espace droit (il est encore plus facile de constater la précession quand un des deux bruits est anormal, en rapport avec une lésion d'un orifice artériel comme c'est le cas dans l'insuffisance aortique); dilatation du ventricule gauche (abaissement de la pointe). Il y aura du reste des degrés dans l'intensité de l'hypertension et des désordres qu'elle engendre, et l'on verra successivement s'établir en progressant : la simple accentuation du deuxième bruit aortique, puis le dédoublement à précession aortique sans abaissement de la pointe, enfin le dédoublement avec abaissement de la pointe. En poussant les choses plus loin on arriverait au souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, à l'ouverture de la soupape de sûreté.

Mais ce tableau clinique ainsi établi schématiquement se rencontre t-il et peut-il être prouvé par des observations? Les documents peuvent être divisés en deux catégories : les documents historiques et l'observation de nos propres malades. — D'une part, si nous lisons les travaux des auteurs qui se sont plus spécialement occupés du cœur, nous voyons Potain, par exemple, admettre nettement la possibilité d'un dédoublement à précession aortique qu'il considérait comme une première phase d'un rétrécissement mitral qui deviendra plus tard à précession pulmonaire.

D'autre part, à plusieurs reprises nous avons noté dans les premières observations du service, à un moment où nous ne pensions aucunement à la possibilité d'un dédoublement d'hypertension artérielle, la coexistence d'un dédoublement et d'un pouls tendu, ce qui contredisait pour nous l'existence d'un rétrécissement mitral (où le pouls est hypotendu), et que nous nous contentions de noter impartialement sans en pénétrer la raison.

Tout récemment encore nous assistions à l'autopsie d'un homme de 29 ans, sur lequel nous avions noté à plusieurs reprises un dédoublement constant-passager, accompagné d'hypertension à la radiale qui ne pouvait certainement pas entrer dans la catégorie des cas à réflexe gastro ou hépato-pulmonaire, et sur lequel nous avons trouvé un orifice mitral admettant facilement trois doigts, malgré l'épaississement chronique de ses valves.

Nous nous réservons d'apporter plus tard des observations détaillées à l'appui de notre manière de voir. Il nous suffit de poser ici la notion d'un dédoublement constant-passager d'hypertension de la grande circulation, à précession aortique, opposable point par point au dédoublement constant-passager d'hypertension de la petite circulation, à précession pulmonaire, de cause réflexe gastro hépatique. Cette comparaison nous semble d'autant plus juste que le spasme est à l'origine de ces deux phénomènes pathologiques.

Les hypertensions artérielles permanentes, progressivement établies sont loin de s'accompagner d'un dédoublement du second bruit (pas de dédoublement dans la néphrite interstitielle qui comporte 20 au sphygmomanomètre) ; actuellement l'hypertension artérielle subite et totale par spasme nous semble seule s'accompagner d'un dédoublement passager comme le spasme qui l'a produit.

Et cette conception est grosse en déductions diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. Sans vouloir pénétrer dans ce chapitre des déductions, sur lequel, du reste, nous comptons revenir, considérons à simple titre d'exemple l'importance pour le traitement de cette notion de cause à effet entre le spasme et le dédoublement.

Le cas peut se présenter de spasme provoqué ou simplement favorisé par des lésions vasculaires. Le dédoublement nous aidera à constater ces lésions, et nous pourrons, grâce à lui, faire une thérapeutique *curatrice* des altérations artérielles causales établies. Mais un second cas peut se produire : de spasme qu'on pourrait appeler primitif, engendré par l'action passagère d'un poison minéral (plomb, par exemple), ou organique (tel que toxines alimentaires), sur l'endartère absolument saine. Là encore il faudra intervenir en favorisant l'élimination du poison et en provoquant la sédation des nerfs vasomoteurs, car n'oublions pas que si la lésion appelle le spasme, inversement le spasme appelle la lésion, et que le *malmenage* des artères fréquemment répété entraîne forcément des désordres durables dans ces mêmes artères (stase sanguine, dégénérescence, sclérose). Nous aurons fait alors une thérapeutique prophylactique.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Benjoin, acide benzoïque, benzoate de soude dans les maladies des voies aériennes

Par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

L'analyse a révélé dans le benjoin quatre résines, plusieurs huiles volatiles (d'où l'odeur de vanille et la saveur chaude) de l'acide benzoïque et quelquefois de l'acide cinnamique. Le benjoin de Siam, de couleur ambrée, est réputé le plus actif.

D'ordinaire les baumes sont anticatarrhaux par leur résine, expectorants par leur huile essentielle; j'ai voulu m'en assurer : l'action anticatarrhale ne se remarque jamais après l'administration du benjoin dans les affections subaiguës ou chroniques des voies respiratoires, seule l'action expectorante est constante. J'en ai conclu que ces résines concourent, avec ces huiles volatiles, à favoriser l'expectoration; d'aucuns pensent qu'elles suscitent l'hypercrinie autour des exsudats à rejeter, qu'elles déterminent la contraction des fibres musculaires lisses des bronches, et qu'elles impriment à tout le système nerveux une stimulation dont celui du poumon, en particulier, tire profit.

Le benjoin est expectorant. Dans certaines formules vous le voyez associé au goudron et à la poudre de Dower, qui agissent de pareille façon; ailleurs à des anticatarrhaux : la gomme ammoniaque, le soufre, la créosote, le tanin, qui tarissent les sécrétions pendant qu'il aide les bronches à se débarrasser de celles qu'elles reproduisent.

Le sirop de benjoin a été abandonné; il nous arrive de le mélanger, suivant les indications, avec les sirops de baume de tolu ou du Pérou, avec le sirop de térébenthine et autres sirops béchiques.

On prescrivait autrefois plus couramment qu'aujourd'hui, à titre d'expectorant, la teinture de benjoin (en moyenne 2 grammes par jour) dans les bronchites chroniques. L'essence de tussilage des Anglais, l'essence éthérée balsamique d'Audin-Rivière devaient aux teintures de tolu et de benjoin leur influence bienfaisante dans les affections catarrhales des voies respiratoires. La teinture de benjoin composée (2 à 8 grammes en potion), propre aux mêmes usages, est une teinture de tolu, de benjoin, de storax et d'aloès. L'élixir pectoral de Wedel (2 à 8 grammes dans une infusion) est un mélange de teintures de benjoin, de scille, d'iris, d'aunée, de réglisse, d'anis, de myrrhe, de gomme ammoniaque et de safran, c'est-à dire une mixture à la fois expectorante et anticatarrhale. Molle (d'Aubenas) s'est servi de la teinture de benjoin en lavements contre la bronchectasie infantile dans une émulsion d'huile d'amandes douces à laquelle il ajoute de l'eucalyptol, de la créosote et du baume de copahu. M. A. Chauffard a escompté les vertus antiseptiques de la teinture de benjoin quand il l'a conseillée (1 à 2 grammes *pro die* en potion gommeuse) dans la gangrène des bronches : 4 grammes par jour d'un mélange à parties égales d'alcoolature d'eucalyptus et de teinture de benjoin m'ont fourni de beaux résultats dans cette gangrène. On a fait entrer la teinture de benjoin dans les potions contre l'hémoptysie.

Les acides benzoïque et cinnamique que renferme le benjoin, l'acide benzoïque officinal tiré du benjoin de Siam s'éliminent en majeure partie par les urines à l'état d'acide hippurique. Voilà pourquoi l'acide benzoïque est beaucoup moins expectorant que le benjoin. Nothnagel et Rossbach vont jusqu'à prétendre qu'il ne l'est pas du tout. Nous pensons qu'il l'est d'une façon presque insignifiante par la très petite quantité des huiles volatiles du benjoin qui se condensent dans ses paillettes pendant sa sublimation. Quoi qu'on ait écrit, remplacez toujours l'acide benzoïque par le benjoin dans les formules contre les catarrhes atoniques de la poitrine.

Le benzoate de soude est un peu plus expectorant que l'acide benzoïque, moins que le benjoin; plus que l'acide benzoïque, probablement parce qu'à l'hypersécrétion consécutive à l'impression sur la muqueuse bronchique des huiles volatiles incluses dans l'acide benzoïque de ce sel, se joint cette action fluidifiante sur les exsudats des alcalins à petites doses qu'on réalise avec le savon médicinal, avec l'eau de Vichy, avec l'eau d'Ems, etc... Il faut comprendre autrement l'efficacité, dans les laryngites et les trachéites aiguës, des hautes doses (15, 10, 8, 6, 4 gr.) de benzoate de soude suivant la méthode de Letzerich et de M. Albert Ruault. Avant l'ingestion de la drogue, alors que la muqueuse est sèche, turgescente, que la sécrétion à sa surface n'est pas constituée, la toux est quinteuse, spasmodique, fatigante et stérile; vingt-quatre heures après l'ingestion, elle perd de sa fréquence et déjà commence l'expectoration de crachats spumeux à bulles fines, visqueux et filants les jours d'après, puis jaunes et purulents. Ces effets fluidifiants me paraissent dépendre plus de la dose élevée du sodium que de la dose minime d'huiles essentielles que recèle le benzoate; et puis, ne faut-il pas aussi tenir compte de l'effet antiphlogistique — par conséquent décongestif — de la dose si massive du sel de soude que les auteurs ordonnent en quatre fois dans la journée?

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

De la thérapeutique des nourrices dans ses rapports avec la santé des nourrissons

Par M. le Dr O. Macé
Ancien chef de clinique obstétricale.

La thérapeutique chez les nourrices doit être faite prudemment, parce qu'un certain nombre de médicaments éliminés par la glande mammaire agissent sur la sécrétion de cette glande, en en modifiant les caractères normaux, ou sur l'enfant chez lequel ils peuvent déterminer la production de troubles assez sérieux. Par contre, dans un certain nombre de cas, une thérapeutique rationnelle de la nourrice permet un traitement indirect de maladies du nourrisson : nous verrons dans quel cas et jusqu'à quel point, dans la suite de ce travail.

La nourrice est appelée à prendre des médicaments dans les trois circonstances suivantes : 1° Dans le but de modifier la qualité de la sécrétion lactée; 2° Dans le but de traiter un état maladif passager, et alors, nous aurons à rechercher s'il n'y a pas d'inconvénients pour le nourrisson à ce que sa nourrice prenne tel ou tel principe médicamenteux; 3° Dans le but de charger le lait d'une matière médicamenteuse utile au nourrisson, dans le but de créer un lait médicamenteux.

I. Dans le but de modifier les caractères de la sécrétion lactée. — Le but cherché en général est d'augmenter la quantité de lait fournie par la nourrice. Les meilleurs moyens pour arriver à ce résultat sont, on le sait, la mise au sein à des intervalles réguliers d'un nourrisson bien développé, ou même de plusieurs nourrissons, et il y a longtemps que M. le Pr Budin a montré des courbes donnant la quantité de lait fournie par une nourrice, ou une femme accouchée de deux jumeaux et dont la quantité de lait fournie augmente avec la force, le nombre des enfants qui sont mis à son sein. Cela tient à ce que chez la femme qui allaite, il existe des lobules de glande qui ne fonctionnent pas normalement, qui restent dans un état très voisin de celui qu'ils ont en dehors de la puerpéralité. Ce fait anatomique est connu : de Sinéty l'avait signalé. Les recherches de Keiffer (de Bruxelles) sont venues récemment l'affirmer de nouveau. Cette excitation mécanique et physiologique du sein vaut certes mieux que les médicaments donnés dans le même but.

Les médicaments agissent, soit en modifiant la circulation de la gande, soit directement sur le système nerveux de la mamelle. On conçoit que le lait dont la surproduction est amenée par des changements dans les phénomènes circulatoires, doit être un lait plus aqueux, moins chargé en beurre et en sucre. C'est le cas en effet : le nourrisson a, de ce fait, plus de lait à sa disposition, mais un lait moins riche. Dans cet ordre de faits, on a soumis les nourrices à des préparations de caféine, de digitaline, de pilocarpine, de galega officinalis, d'ortie blanche, d'anis, de fenouil, de sureau, de nigelle, de polygala, de fer, de chlorure de sodium, de magnésie, de carbonate et de phosphate de chaux, d'acide salicylique.

Tous ces médicaments arrivent-ils au but désiré? Un certain nombre, c'est certain, augmentent la teneur du lait en eau, et par suite la quantité de lait émise. Mais cette augmentation en quantité n'est pas considérable, et de plus la qualité du lait est toujours inférieure à celle d'un lait naturel et normal. Cette thérapeutique paraît, si on laisse de côté les premiers médicaments signalés, pouvoir être employée sans inconvénients directs pour la santé du nourrisson qui n'est pas impressionnée d'une façon pathologique par les principes actifs. Ces principes sont d'ailleurs insuffisamment étudiés jusqu'ici et leur action sur le nourrisson, par suite, trop problématique pour que nous nous arrêtions plus longuement à ce chapitre.

I. Médicaments prescrits dans le but de remédier a un état maladif passager de la nourrice. Leur action possible sur le nourrisson. — Il nous est impossible de passer en revue toutes les affections dont peut être atteinte une nourrice. Nous nous contenterons de signaler les divers médicaments qui peuvent lui être prescrits, en insistant spécialement sur ceux qui peuvent être particulièrement nocifs au nourrisson.

A. — Médicaments minéraux :

L'alcool, quelle que soit la forme sous laquelle il est prescrit (médicaments, vins toniques, généreux, médicamenteux, bières chargées) doit être proscrit chez une nourrice. Tous les cliniciens sont d'accord pour signaler les accidents auxquels sont exposés les enfants dont les nourrices prennent une préparation alcoolique quelconque : agitation, cris, absence de sommeil et convulsions même (Rouvier, Charpentier, Vallin, Combe (de Lausanne), Périer, Budin, H. Meunier). C'est que le passage de l'alcool dans le lait a été prouvé et démontré par Weller en Allemagne et Nicloux en France, et ce passage peut être considérable puisque, on le sait, un litre de vin à 10° contient 100 gr. d'alcool absolu, c'est-à-dire 200 gr. d'eau-de-vie ordinaire à 50°, soit un grand verre d'eau-de-vie par jour.

L'opium et ses dérivés, pour certains auteurs, passent dans le lait et auraient été l'origine d'un certain nombre d'accidents et de morts chez les nourrissons (Smidt, Edwards, Scherer, Fubini, Baumgarnter).

Digitized by Google

Par contre divers auteurs, entre autres Pinzani et Fehling déclarent qu'il est exceptionnel de voir survenir des accidents lorsque les nourrices ont pris des doses thérapeutiques d'opium, et ils déclarent que l'on peut sans ennui leur prescrire le *laudanum* en lavement, ou *la morphine* à la dose de 0,01 à 0,02 centigr. en injections hypodermiques. Les quelques accidents signalés plus haut doivent rendre très circonspects.

Belladone et atropine. — Passent dans le lait; on évitera donc de donner à la nourrice une potion calmante avec ce médicament. Il en est de même du *datura stramonium et la jusquiame.*

Sulfate de quinine. — Les mêmes discussions se sont élevées sur le passage du sulfate de quinine que sur celui de l'opium. Il semble résulter des derniers travaux de Burdel que « rien n'est plus variable et irrégulier que la transmission de la quinine par la lactation. La sécrétion lactée en sera d'autant plus chargée et son absorption d'autant plus rapide que la quinine aura été donnée à jeun. C'est dans ces conditions principalement que la lactation peut être dangereuse pour les nouveau-nés. A mesure que les enfants s'éloignent davantage de leur naissance, ils deviennent moins sensibles à l'influence du lait quininisé ». Les accidents sont exceptionnels chez les enfants âgés de 5 mois et plus.

On prescrira donc la quinine lorsqu'on considérera sa prise comme nécessaire, pendant le repas, à dose fractionnée et en ayant soin de ne donner le sein qu'après l'avoir vidé trois heures après la prise du médicament.

La rhubarbe, la gratiole, l'huile de ricin, administrés à la nourrice purgent le nourrisson. Il en serait de même du sené qui provoquerait de plus des coliques au nourrisson. Les deux derniers purgatifs donneront de plus au lait leur odeur caractéristique.

Médicaments minéraux. — Les médicaments minéraux prescrits pour la nourrice sont de préférence: le fer, l'arsenic, le mercure, l'iode, le bismuth. Nous nous en tiendrons à l'étude de ces cinq principaux.

Les nourrices qui prennent un composé de fer ont un nourrisson qui s'élève mieux. Cela ne veut pas dire que le fer passe dans le lait; signalons cependant les recherches positives de Lewald, Marchand, Chevalier et Henry. M. Le Gendre dit qu' « il est plus naturel de penser que, la nourrice se portant mieux, son lait redevient plus abondant ou plus nutritif. »

Le bismuth passe en très petite quantité dans le lait. On ne sait rien de son action sur l'enfant.

L'arsenic passe très bien. On constate ce passage au bout de 17 heures, et l'élimination est complète après 60 heures. On doit donc être très réservé dans l'emploi des préparations arsenicales chez la nourrice : des expériences prouvent que 6 à 8 milligr. suffisent à tuer un enfant de 3 à 4 kilogrammes.

L'iode passe dans le lait à l'état pur, dissous dans le sérum et à l'état de combinaison avec des substances albuminoïdes. Nous retrouverons ce principe lorsque nous étudierons plus loin les laits médicamenteux.

L'iodoforme passerait aussi en petite quantité dans le lait (Fehling), même lorsqu'il n'est employé qu'en applications externes.

Le mercure a toujours été considéré en clinique comme passant dans le lait. Il a fallu cependant des expériences très précises et répétées pour affirmer de nouveau, malgré les assertions récentes de Somma, que le mercure passait dans le lait. Les observations les plus nouvelles faites par MM. Sigalas et Dupouy, de Bordeaux, montrent que le passage du mercure a toujours lieu, mais que cette quantité éliminée par la mamelle tarde à apparaître dans le lait : c'est ce qui avait fait penser un moment que l'élimination ne se faisait pas, pour les observateurs qui analysent le lait trop près de la prise médicamenteuse.

Il nous reste encore à parler du passage de certains médicaments usités couramment, auxquels on a aussi reconnu une certaine action sur la sécrétion lactée et le nourrisson. *L'antipyrine* est de ce nombre, et pourtant il s'est élevé bien des controverses à ce sujet. Thonin déclarait que l'antipyrine ne s'éliminait pas par la mamelle. Guibert, Grynfeld, Rolland, Pinzani, Fieux admettent qu'elle passe. Sans entrer dans toutes ces discussions, signalons l'opinion de Pinzani qui décrit des troubles gastro-intestinaux chez le nourrisson. MM. le Pr Budin, Boissard, ne reconnaissent aucune action de ce médicament sur la sécrétion lactée et sur le nourrisson, et c'est à cette opinion à laquelle il faut se rattacher.

L'acide salicylique et le *salicylate de soude* passent très lentement dans le lait qu'ils alcalinisent. Ce passage est très lent, son élimination dure vingt-quatre heures, et il paraît prudent de ne pas prescrire plus de 3 grammes par jour.

Il y a enfin toute une série de médicaments qui passent dans le lait sans influencer sa production et sans toucher l'enfant, et qu'il nous suffira de réunir ici : *borax, carbonate, bicarbonate et sulfate de soude, chlorate et acétate de potasse, sulfate de magnésie.*

Enfin, de tous les soporifiques, en dehors de l'opium, que nous connaissons, *le chloral seul* a été étudié au point de vue des résultats sur le lait et sur l'enfant. L'administration de ce médicament doit être surveillée (Fehling). Il est même prudent de vider le sein de la mère deux heures après la prise de chloral avant de mettre l'enfant à téter, car il paraît résulter des observations que l'enfant mis au sein trop tôt a, après une période d'agitation, une

Digitized by Google

période de sommeil prolongé, sans qu'on puisse attribuer ces effets d'une façon absolue au médicament qui n'a pas été recherché dans le lait.

Tels sont les principaux médicaments susceptibles d'être prescrits aux nourrices ; nous avons vu, dans les cas où elle est connue, leur action sur le lait et l'enfant. Il nous reste à dire quelques mots du troisième point de cette étude : des laits médicamenteux.

III. Des laits médicamenteux. — Ce sont des laits modifiés par administration de médicaments à la mère, pour traiter un nourrisson malade. Ils sont au nombre de trois principaux : le lait phosphaté, mercurique et iodé. Un mot sur chacun d'eux :

(a) *Lait phosphaté.* — Certains auteurs ont cherché à charger en phosphate de chaux le lait d'une bête laitière, en ajoutant à sa ration des fourrages très riches en phosphates, ou en mêlant à son eau du phosphate de soude. Ils sont ainsi arrivés à doubler la quantité de phosphates dans le lait. Pareille tentative, si elle a été faite chez la femme n'a pas donné de résultats publiés connus.

(b) *Lait mercurique.* — Le lait chargé de mercure nous le connaissons déjà. Le passage est lent, tardif, il est irrégulier, il varie avec l'individu, avec la quantité de médica ment absorbée ou injectée. En un mot ces variations demandent de ne pas trop compter sur lui pour traiter des accidents syphilitiques du nourrisson : il paraît prudent de lui adjoindre un traitement direct de l'enfant. Ce sera nécessaire jusqu'à ce qu'une étude complète du passage du mercure et des variations de ce passage soit faite comme elle vient de l'être pour le lait iodé.

(c) *Lait iodé,* — Flamini, en mars 1902, a publié le résultat d'une étude très documentée sur ce lait, se demandant si ce lait iodé pouvait devenir curatif, au même titre ou à un titre meilleur qu'une solution iodée administrée directement au nourrisson..

Il y a longtemps que Macario, Labourdette et Dumesnil avaient vanté les bons effets thérapeutiques des laits médicamenteux en général. L'un de ces auteurs ne pouvait-il pas écrire : « Le lait médicamenteux en général est appelé à révolutionner vraiment la thérapeutique. Les médicaments administrés et passés dans le lait acquièrent dans l'organisme de l'animal des qualités qu'ils n'ont pas autrement. En s'assimilant aux tissus et aux sécrétions, ils se sont pour ainsi dire transformés et ont passé à un état organique ». C'était parfait. Malheureusement Welander, Cullerier, Gibert, Moreau viennent déclarer que ce lait peut devenir nuisible parce qu'on ne connaît pas la qualité du médicament qu'il contient, et de fait, disent-ils, on voit les animaux soumis à cette cure de lait iodé finir par souffrir et ne plus fournir qu'un lait altéré.

Il a fallu le travail très précis de Flamini, travail basé sur une étude chimique, physiologique et clinique de la question, pour que l'on puisse admettre l'exagération de ces controverses. L'auteur recommande d'employer l'iode métallique et non pas l'iodure de potassium, car un des avantages du lait iodé est de pouvoir contenir l'iode en combinaison organique (avec la caséine). De plus on évite de donner le potassium qui, plus que l'iode, amène le dépérissement de l'organisme. Cet iode est administré en injection intra-musculaire d'une solution huileuse à 5 0/0 dans l'huile d'amandes.

Sous l influence d'une telle thérapeutique, le beurre et le sucre diminuent dans le lait, les substances azotées, la caséine après avoir diminué un peu augmentent. La quantité d'iode éliminée par le lait est d'environ la moitié de la quantité éliminée par les urines. Il se retrouve dans le lait en partie « plus de la moitié » dissous dans le sérum et pour le reste en combinaison avec les matières albuminoïdes. Le traitement appliqué ainsi ne détermine aucun trouble et n'amène aucun dépérissement.

En résumé de tous les laits médicamenteux, il n'y en a qu'un sur lequel on soit en droit de compter. Jusqu'à aujourd'hui on ne pouvait savoir les doses qui passent à l'enfant et l'on faisait un traitement de hasard. Il sera donc bon, pendant quelque temps encore, d'attendre les résultats d'observations cliniques et chimiques pour les prescrire d'une façon courante.

Formulaire du Praticien

La bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire. — Rien de banal comme l'association sur un même malade de la bronchite chronique et de l'emphysème pulmonaire. M. A. Robin (Hôpital de la Pitié) formule le traitement de la manière suivante :

1° Si le malade est dyspnéique et présente de l'encombrement bronchique, il faut avant tout donner un vomitif :

Ipéca pulv.	1 gr. 50
Tartre stib.	0 — 05

Mélanger et diviser en 3 paquets.

Un paquet tous les 1/4 d'heure dans un 1/2 verre d'eau tiède.

Le vomitif exerce plusieurs actions qui sont très utiles : il réalise le curage des bronches, il stimule les muscles de Reisessen ; en outre, comme l'ont démontré MM. A. Robin et Binet, il augmente la ventilation pulmonaire, la quantité d'O absorbée et de CO^2 produit. C'est donc un agent de premier ordre.

Digitized by Google

Il n'est nullement contre-indiqué, comme on pourrait le penser, chez les vieux bronchitiques qui ont, comme il arrive souvent, des artères scléreuses. M. A. Robin, tandis qu'il était médecin aux Ménages, a administré des vomitifs à de nombreux vieillards, jamais il n'a eu à déplorer d'accident. Le remède est parfois péniblement supporté ; on atténuera les malaises qu'il produit en empêchant l'estomac de se contracter à vide. Le malade boira un peu d'eau tiède de temps à autre : ce sera la meilleure manière de calmer l'état d'anxiété qui accompagne les efforts nauséeux.

Après le vomitif, la nuit est bonne. L'expectoration, d abord moins abondante, augmente le lendemain. Il faut souvent redonner un nouveau vomitif ; en même temps le thorax sera couvert de ventouses sèches. Quand la toux est fréquente et que l'expectoration ne suit pas, ou même quand cette fréquence de la toux est suivie d'expectoration, il convient de fluidifier la sécrétion bronchique Le praticien prescrira des expectorants. Les antimoniaux sont indiqués. On peut ordonner la potion suivante, qui aux antimoniaux adjoint la terpine et les opiacés ; parmi ceux-ci M. A. Robin choisit la dionine :

Oxyde blanc d'antimoine. ...	0,50 à 1 gramme
Sirop d'ipéca	10 —
Terpine.....	0 gr. 20
Dionine.....	0 — 01
Potion gommeuse	140 grammes

A prendre par cuillerées à soupe.

Ou bien si la toux est très pénible, on usera de la dionine à plus hautes doses :

Dionine.....	0 gr. 20
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes

10 à 20 gouttes 3 fois par jour.

Comme dessiccateur de la sécrétion bronchique, la potion suivante rendra des services, quand la toux s'accompagne d'une expectoration abondante :

Alcool rac. aconit.....	20 gouttes
Sirop de morphine.....	20 grammes
— d'ipéca.....	10 —
Oxyde blanc d'antimoine.....	1 —
Teinture de noix vomique....	10 gouttes
Eau de laurier-cerise	10 grammes
Eau de tilleul.....	120 —

La teinture de noix vomique associée dans cette potion a pour effet d'exciter la musculature bronchique et l'eau de laurier-cerise masque le goût de la préparation.

Si l'expectoration reste très abondante, les lavements créosotés sont ordonnés :

Créosote de hêtre.....	10 grammes
Décoct. de bois de Panama 2 %.	90 —

La créosote est parfaitement émulsionnée dans les décoctions de bois de Panama ; chaque cuillerée à café renferme 0 gr. 50 de créosote.

Comme modérateur des quintes de toux, voici une autre formule :

Bromoforme.....	30 gouttes
Teinture de grindelia robusta..	40 —
— de noix vomique....	
— de jusquiame.....	
Alcool	25 grammes
Sirop de dionine.....	75 —
— de citron ou d'orange amère.....	100 —
Teinture bryone.....	3 gouttes

A donner par cuillerées loin des repas et le soir au coucher. 4 à 5 cuillerées par jour.

En outre, comme traitement local, le praticien usera des révulsifs coutumiers, pointes de feu, vésicatoires, teinture d'iode.

L'emphysème qui accompagne la bronchite sera combattu par l'arséniate de soude :

Arseniate de soude.....	0 gr. 05
Eau.....	300 grammes

Une cuillerée aux deux principaux repas.

Ou bien par l'arrhénal :

Arrhénal.....	5 grammes
Eau distillée	100 —

10 à 20 gouttes par jour.

Le remède est continué 4 jours. Les 4 jours suivants, on remplace par les iodures :

Iodure de potassium.....	5 grammes
Eau distillée.....	300 —

Une cuillerée aux repas.

Les strychniques seront prescrits concurremment ;

Sulfate strychn	0 gr. 02
Eau	300 grammes

Une cuillerée aux repas.

Ou bien :

Teinture de fèves St-Ignace..	4 grammes
— - noix vomique...	6 —

6 gouttes avant les repas dans un peu d'eau.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

Les périodes d'instruction militaire pour les médecins.

Enlever un praticien à sa clientèle et à ses malades pour lui faire accomplir une période d'instruction militaire, sans doute cela rentre dans les conditions de l'égalité à outrance qui régit l'esprit de nos institutions. Puisqu'un tel est appelé sous les drapeaux, un tel autre doit suivre. En vertu de quel droit se soustrairait-il à la loi commune ?

Je sais bien qu'il s'agit dans l'espèce d'un devoir social, et qu'on serait mal inspiré de ne pas l'accomplir comme il

Digitized by Google

convient. Je me demande seulement si à multiplier les périodes d'instruction militaire qu'on exige du médecin, on ne fait pas tort, sous prétexte de devoir social, à un autre devoir social tout aussi important. Au régiment, les hommes sont d'ordinaire bien portants; des confrères de l'armée dont le dévouement et la compétence s'imposent, sont au poste, toujours prêts. On leur adjoint des confrères civils; ceux-ci ne sont que d'un médiocre secours au régiment, tandis qu'ils font grand besoin chez eux. En leur absence, que deviennent leurs malheureux malades? Dans les campagnes, les praticiens vivent souvent éloignés les uns des autres; un praticien parti, qui le remplacera? Qu'un cas pressant se montre, le pauvre malade a le temps de mourir avant de trouver assistance. Et pourquoi demeure-t-il sans secours? Parce que son médecin accomplit une période d'instruction militaire.

Au vrai, le nombre de celles-ci n'est soumis à aucun chiffre précis. En principe, les officiers de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués tous les deux ans, et ce sont les nécessités du service qui règlent l'époque et la durée des périodes d'exercice. Il peut même arriver que le personnel médical du régiment ne soit pas au complet; en pareil cas, le général prescrit au directeur du service de santé, de convoquer des médecins de réserve ou de l'armée territoriale (art. 32, 38, 17). Appelés sous les drapeaux deux, trois, quatre fois, nos confrères n'ont donc qu'à s'incliner. Ils ne peuvent qu'obéir et leurs protestations, dans la législation actuelle, resteraient sans écho.

Un de nos lecteurs nous pose la question suivante : — Il démissionnerait, qu'adviendrait-il? Il rentrerait dans les rangs à titre de simple soldat, tout simplement. Si toutefois il avait été sous-officier antérieurement, ou s'il était sorti d'une école militaire, il pourrait être réintégré dans ce grade de sous-officier, à condition d'offrir les garanties exigées. Voilà une éventualité peu engageante.

Entre les ennuis du médecin de réserve et les honneurs afférents aux galons de sous-officiers, il ne semble pas que l'hésitation puisse trouver place. Nos confrères resteront médecins de réserve, en émettant toutefois le vœu bien légitime, qu'on n'abuse pas vis à-vis d'eux de l'appel sous les drapeaux. Ils sont plus nécessaires dans leur village qu'au régiment. C'est là une vérité de la Palisse. Il est parfois bien difficile de les faire pénétrer, les vérités de cet ordre. — Z.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les stations d'altitude : La Bourboule. — Dans cette courte note nous voudrions démontrer qu'il n'est pas besoin de courir au loin et de dépenser beaucoup d'argent pour faire une cure d'altitude. A ce point de vue comme en matière d'hydrologie, la France peut se passer de l'étranger. ; elle offre tout ce qu'on peut désirer de mieux.

Au centre même de la France, en Auvergne, à deux pas de Clermont, à quelques heures de Paris, de Lyon, de Marseille, de Bordeaux, de Nantes, la vallée de la Bourboule présente toutes les conditions les meilleures pour une cure d'air et d'altitude.

La ville est à 850 mètres ; de tous côtés routes ou sentiers permettent de faciles et très belles promenades dans les vallées ou sur les plateaux du voisinage jusqu'à des hauteurs de 1,000 à 1,200 mètres.

Un funiculaire est en construction qui va monter les promeneurs sur le plateau des Charlannes, au milieu d'un admirable parc naturel, véritable forêt vierge, faite de bouquets de sapins et de hêtres, et tout entourée de grands plateaux en prairie.

Le chemin de fer les mène en quelques minutes au Mont-Dore, où le funiculaire du Capucin leur permet, toujours sans fatigue aucune, un séjour prolongé sur les hauteurs dans une magnifique forêt de sapins.

Que pourrait-on, encore une fois, désirer de mieux, de plus abordable, de plus facile ?

Vallée ensoleillée, ouverte de l'Est à l'Ouest, ombragée partout, nuits toujours fraîches même au plus fort de l'été, presque jamais de vent, air absolument pur, altitude très suffisante, tranquillité et vie de campagne très isolée, si on le veut; y a-t-il de meilleures conditions pour une cure d'aération et d'altitude?

Il faut donc qu'on le sache, en outre de ses sources arsénicales et chloruro-sodiques dont les effets n'ont pas besoin d'être rappelés ici, la Bourboule a son climat tout aussi bienfaisant à d'autres points de vue ; et cette partie privilégiée de l'Auvergne montagneuse doit être considérée comme une station climatique d'altitude moyenne de premier ordre, où peuvent être envoyés les anémiques, les anémiés, les impaludiques, les névropathes.

L'eau de chaux dans les brûlures. — L'eau de chaux ou soluté de chaux renferme par litre 1 gr. 285 de chaux caustique en solution. C'est une solution saturée, car le Codex prescrit que dans le bocal il y ait un excès de chaux non dissoute. Pour l'usage externe elle est le plus souvent employée sous-forme de liniment oléo-calcaire celui du Codex étant employé avec parties égales d'huile d'amandes douces). On a même dit qu'elle pouvait être employée pure Cette manière de faire peut avoir des inconvénients. C'est ainsi que M. Ducastel rapporte *(Ann. Derm. Syph.* décembre 1901) l'observation d'un homme brûlé à la face par l'explosion d'une lampe à alcool et pansé pendant trois heures à l'eau de chaux, le pansement ayant alors été remplacé par des compresses trempées dans la solution saturée, d'acide picrique. La cicatrisation fut terminée 15 jours après, mais le malade présenta un tatouage en blanc de toutes les parties atteintes par la brûlure. M Sabouraud prit un fragment du tissu cicatriciel et l'examinant au microscope constata dans l'épaisseur du derme des blocs épineux de carbonate de chaux ayant la forme d'une châtaigne de 1/2 à 1 millimètre de diamètre. inclus en plein derme sous un épiderme rénové. — R. B.

Le chlorétone, nouvel hypnotique. — Chez les sujets atteints d'affections mentales M. le Dr Cappelletti (*Société médico-chirurgicale de Ferrare*, 5 nov. 1901) a employé avec succès un nouvel hypnotique, le *chlorétone*. On en fait l'administration à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 que l'on peut élever progressivement à 2 gr., 2 gr. 50. Chez les sujets âgés surtout, avec affections cardiaques concomitantes, il ne faut guère dépasser 1 gr.

Son action hypnotique se montre très efficace. Pas ou très peu d'action nuisible sur l'estomac et le tube digestif. Pas de phénomènes d'accoutumance marqués. — H. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Clinique des Hôpitaux

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Richelot.

Les métrites des arthritiques nerveuses. — Les métrites des arthritiques nerveuses réclament un double traitement, local à la fois et général. La métrite constituant une sorte d'épine qui peut irriter le nervosisme coexistant, il sera indiqué de la combattre; M. Richelot n'hésite pas à employer les crayons de caustique Filhos dans ces gros cols érodés et anfractueux. Mais il repousse le curettage dans les métrites chroniques devenues exclusivement cervicales. Quant aux cautérisations faibles, telles que celles qui sont pratiquées au nitrate d'argent, elles ne servent qu'à faire traîner le mal en longueur. Les femmes arthritiques nerveuses souffrent souvent du ventre; il existe chez elles des congestions pelviennes habituelles, une névralgie plus fréquemment localisée vers l'ovaire gauche. En pareil cas, il faut, outre le Filhos parfois nécessaire, un traitement général (hydrothérapie, saison aux eaux de Néris, de Plombières) qui tonifie le système nerveux et rétablisse l'équilibre circulatoire.

M. Richelot présente plusieurs malades dont l'histoire vient appuyer les raisons de sa pratique en démontrant l'inanité des grosses interventions sur des utérus de femmes névropathiques.

Deux jeunes femmes entrent à la consultation. Toutes deux se plaignent du ventre; la première a eu des crises d'hystérie dans son jeune âge ; elle souffre du ventre depuis une fausse couche qu'elle a faite il y a dix-huit mois ; successivement elle subit un premier curettage, puis l'opération de Schroeder, puis un second curettage, chacune de ces tentatives étant suivie d'un mieux passager. Depuis huit mois, elle n'a plus ses règles, en sorte qu'une grossesse était soupçonnée tout d'abord ; mais il y a six semaines, un écoulement sanguin s'est produit, accompagné cette fois de vives douleurs. A l'examen, on trouve un utérus sensible au palper bi-manuel, les ovaires sont sains. Le col est aplati, froncé ; il n'existe pas d'atrésie. Aucune lésion locale n'explique la persistance des souffrances abdominales, qui s'exagèrent par la fatigue et entraînent une sensation de pesanteur douloureuse s'irradiant du ventre vers les reins. L utérus chez cette femme fonctionne mal, mais il s'agit d'une dystrophie d'origine nerveuse: son estomac, son intestin ne fonctionnent pas mieux. Elle digère mal, ne supporte pas le vin, est sujette à la constipation. C'est le traitement général qu'il convient d'instituer en pareil cas, quelques irrigations chaudes suffisant pour l'action locale.

La seconde jeune femme, très nerveuse aussi, ressemble à la première. Opérée en 1898 pour une hématocèle rétro-utérine, elle a mal au ventre jour et nuit depuis cette époque ; le repos et le traitement local que lui a ordonné un médecin, calment sur le moment ; mais bientôt tous les accidents douloureux reparaissent. L'examen local ne montre pas autre chose qu'une rétroversion légère et mobile ; l'utérus n'est ni volumineux, ni douloureux. Néanmoins un point douloureux existe au niveau de l'ovaire gauche; des lancées douloureuses partent de cette localisation du mal et s'irradient vers l'anus. Notons que le col est intact et qu'aucune déchirure ne lacère son pourtour. On avait jadis attribué la névralgie ovarienne à des déchirures du col ; l'intégrité du col dans le cas actuel s'oppose à cette manière de voir. Il y a une dizaine d'années, on allait même plus loin, et les ovaires ainsi douloureux, on les enlevait tout simplement. L'opération en les montrant scléro-kystiques justifiait, ce semble, l'intervention. Mais on reconnut bientôt que l'état de l'ovaire ne réglait en rien l'intensité de la douleur ; il y avait des douleurs sur des ovaires peu malades et quand les deux étaient atteints, c'était celui qui l'était le moins qui était parfois le siège des douleurs les plus vives. Il ne convient pas d'opérer des malades pareilles. Le traitement général peut seul remettre sur pied des femmes de cet ordre et qui sont unies par ce caractère d'appartenir à la classe des arthritiques nerveuses.

STOMATOLOGIE

Hôpital Cochin. — M. le Dr Chauffard

La stomatite ulcéro-membraneuse et la stomatite aphteuse. — La stomatite ulcéro-membraneuse et la stomatite aphteuse sont deux affections bien connues du praticien. La première sévit plus communément à certaines périodes de l'éruption dentaire, vers la première et seconde dentitions, à la sortie des grosses molaires et de la dent de sagesse ; plus tard, quand l'éruption dentaire est terminée, c'est la carie dentaire qui apparaît et détermine l'éclosion du mal. La maladie est contagieuse : le bébé aux crèches et dans les asiles, l'enfant à l'école, le soldat à la caserne créent des milieux favorables à la propagation.

Digitized by Google

Le germe de la maladie est aujourd'hui bien connu. Vincent, en 1895, dans ses recherches sur la pourriture d'hôpital, a isolé un double germe pathogène : un bacille fusiforme et des spirilles. Or ce bimicrobisme se retrouve dans la stomatite ulcéro-membraneuse et aussi dans une forme d'angine ulcéreuse qui d'abord isolée et décrite sous le nom d'angine de Vincent ne constitue qu'une sorte de localisation de la stomatite ulcéro-membraneuse sur l'amygdale et le voile palatin. La stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine de Vincent ne sont qu'une seule et même maladie. M. Chauffard a démontré cette similitude après d'autres auteurs et en s'appuyant sur plusieurs sortes d'arguments : 1° des arguments bactériologiques, le germe est le même ; 2° des arguments cliniques, nombre de types morbides avec localisation ulcéreuse à la fois sur la joue et les amygdales établissent la transition ; 3° des arguments thérapeutiques. Le même traitement guérit les deux maladies. Il consiste en badigeonnages de bleu de méthylène. Ce bleu de méthylène avait d'abord été employé par Siredey à l'état pulvérulent. M. Chauffard l'utilise en solution concentrée et en badigeonne les parties ulcérées.

Un homme de 35 ans présentait une stomatite ulcéro-membraneuse typique et grave : douleurs, dysphagie, salivation sanguinolente, fétidité de l'haleine faisant suite à des accidents généraux, courbature et fièvre ; l'examen local montrait des lésions ulcéreuses grisâtres, couvertes d'un enduit sanieux au niveau de la commissure des lèvres du côté gauche, de la joue du même côté, de l'amygdale et du pilier du voile du palais du côté gauche. Tout cela fut guéri par les badigeonnages de bleu de méthylène. Dès le premier, la douleur disparut et peu après les ulcérations se détergèrent.

Bien différente la stomatite aphteuse. Parfois elle affecte une allure assez tapageuse, comme c'était le cas chez un homme du service. Agé de 45 ans, sans antécédents morbides, il était garçon dans un dépôt de laiterie. Il buvait du lait cru, toute sa famille buvant du lait cuit. Seul d'entre tous les siens il fut atteint d'une stomatite aphteuse qu'on sait aujourd'hui transmise par le lait des bovidés atteints de fièvre aphteuse. Aucun renseignement n'a pu être fourni sur l'état de santé des animaux qui fournissaient le lait.

Comme le malade précédent, il eut du malaise et des douleurs très vives, une salivation abondante et fétide. Mais la lésion ulcéreuse était différente, il existait bien à la face interne des joues des ulcérations allongées d'avant en arrière, d'un rouge vif à la périphérie. Mais ces ulcérations n'étaient pas couvertes d'une bouillie sanieuse comme dans le cas précédent, un léger enduit pultacé était simplement étendu au-dessus d'elles. D'autre part, ces ulcérations étaient dues à la confluence de petites érosions circulaires, entourées d'une collerette rouge; ces érosions étaient isolées sur la muqueuse palatine et la face interne des joues. C'étaient des aphtes.

Le malade était atteint d'une stomatite aphteuse. On aurait pu songer à une stomatite mercurielle. Mais du mercure n'avait pas été absorbé et ensuite la sensation d'allongement dentaire et le déchaussement des dents avec sillon sanieux dans l'interstice gingivo-dentaire, tout cela n'existait pas comme il arrive dans la stomatite mercurielle.

La guérison fut aussi rapide que dans le cas précédent, mais un autre traitement fut institué. De même que la stomatite aphteuse diffère de l'ulcéro membraneuse par l'aspect des ulcérations, de même qu'elle en diffère aussi par la nature bactériologique (on ne trouve dans la stomatite aphteuse que des cocci abondants, et très peu de spirilles et de bacilles fusiformes), elle s'en distingue encore par la nature du traitement. Ici ce fut non le bleu de méthylène, mais le salicylate de soude qui fut employé. M. Chauffard l'utilise en solution à 10/100 ; grâce aux lavages avec cette solution, dès le lendemain cela alla mieux, les douleurs s'atténuèrent et la fétidité disparut.

Si quelques ulcérations demeurent rebelles à la cicatrisation, quelques cautérisations au nitrate d'argent en viennent aisément à bout.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard

L'aorte pulsatile abdominale. — M. le Dr Huchard rappelle les erreurs de diagnostic auxquelles peut conduire l'existence de l'aorte pulsatile abdominale. Au-dessous de l'appendice xiphoïde et dans la région épigastrique, la main appuyée à plat est soulevée par des battements très forts, qui dans certains cas se montrent douloureux. On peut songer à un anévrysme de l'aorte, et en effet il existe une certaine dilatation du vaisseau ; un bruit de souffle peut même être perçu à la pression stétoscopique. Le diagnostic différentiel réside dans une constatation très simple ; dans l'anévrysme de l'aorte, la tumeur est animée de mouvements expansifs latéraux ; l'aorte pulsatile ne montre pas de battements latéraux ; elle se dilate d'arrière en avant, non pas sur les côtés.

En outre l'aorte pulsatile n'est pas une maladie toujours égale ; elle varie, s'atténue un jour, reparaît le lendemain par crises paroxystiques ; celles-ci peuvent durer des semaines et des mois. Les névropathes, les dyspeptiques, ceux qui sont atteints de ptoses abdominales, les basedowiens présentent ces

Digitized by Google

crises pulsatiles de l'aorte qui sont connues depuis longtemps. Sénac les avait déjà observées en 1749 et plus tard Laënnec les décrivait, mais en les confondant avec des anévrysmes. La maladie naît brusquement et disparaît de même. Jamais les anévrysmes ne connaissent une évolution pareille.

Le traitement consiste à relever la tension artérielle. Tous ces malades sont en hypotension. Le praticien prescrira :

Extrait de convallaria.....	6 grammes
Bromhydrate de quinine....	àà 5 —
Ext. aqueux ergot.....	

Pour 100 pilules. — 4 à 6 par jour.

En cas de douleurs, une vessie de glace au niveau de l'aorte fera vite rétrocéder la souffrance.

Syphilis et tuberculose. — Une femme de 30 ans a eu la syphilis il y a 6 ans ; depuis elle a fait une fausse couche et aujourd'hui elle présente une tuberculose du sommet droit avec signes de ramollissement (matité, râles humides). La tuberculose existe depuis plusieurs années ; elle s'est compliquée à un moment d'un rhumatisme articulaire aigu, ce dernier n'étant ni tuberculeux, ni syphilitique. Son origine rhumatismale simple est démontrée par la production d'une lésion valvulaire qui a suivi : rétrécissement et insuffisance mitrale.

Donc trois maladies graves sur la même femme : une syphilis, une affection valvulaire, une tuberculose. On a voulu établir un antagonisme (Rokitansky) entre les affections cardiaques et les lésions tuberculeuses du poumon. Il n'en est rien. La lésion cardiaque n'appelle pas la tuberculose, c'est tout ce qu'on peut dire ; quant à la syphilis, l'action vis-à-vis de la tuberculose est tout autre. Tout malade syphilitique devient aisément candidat à la tuberculose. On peut à cet égard distinguer deux sortes de syphilis pulmonaire, la première sans bacilles, la seconde avec bacilles. Dans l'un ou l'autre cas, la conduite du praticien ne sera pas modifiée ; que l'expectoration renferme ou non des bacilles, il commencera par traiter la syphilis ; si celle-ci se complique de tuberculose, ce sera encore la meilleure manière de combattre la tuberculose que de modifier par un traitement antisyphilitique le terrain sur lequel cette tuberculose s'est développée. On pratiquera tous les 2 jours une injection avec 1 cent. cube de la solutions uivante :

Cyanure de mercure.....	àà 1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne....	
Eau distillée.....	100 —

En outre, on prescrira de l'iodure de potassium, 2, 3, 4 gr. par jour.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Le traitement de l'infection puerpérale par le curage digital suivi d'écouvillonnage. — Le traitement de l'infection puerpérale est un de ceux qui intéressent le plus le praticien. Les injections intra-utérines rendent sans doute de grands services ; mais elles ont le tort de n'agir que d'une façon superficielle et intermittente ; l'irrigation continue ne semble guère jouir, dans les cas graves, d'une action mieux assurée. Tarnier ne lui accordait qu'une confiance limitée ; crainte d'intoxication on ne pouvait user d'un liquide réellement antiseptique ; d'autre part l'irrigation continue ne lavait pas tout l'utérus ; elle n'en parcourait qu'une partie, toujours la même, sous forme de rigole laissant la majeure partie de l'utérus hors de l'atteinte du liquide laveur. Tarnier estimait les injections intra-utérines intermittentes encore supérieures, quand elles étaient pratiquées avec un liquide antiseptique puissant.

Après les injections intra-utérines, il faut maintenant compter avec la méthode d'Auvard qui joignait le curettage à l'irrigation. A l'aide d'une curette irrigatrice dans l'utérus, il pratiquait un râclage d'une très grande douceur et avant de retirer l'instrument, laissait écouler 2 ou 3 litres de liquide qui achevaient le nettoyage. Le curettage précédé et suivi d'injections est actuellement préféré à ce procédé pourtant ingénieux. L'utérus est abaissé, on dilate le col s'il y a lieu, on râcle méthodiquement les parois de la cavité et du col ; ce râclage est suivi soit d'injections antiseptiques, soit d'écouvillonnage au moyen d'un écouvillon ou d'un tampon d'ouate montée sur pinces ou hystéromètre. On peut encore terminer l'intervention par un badigeonnage avec un collutoire caustique. L'anesthésie préalable n'est pas indispensable.

Mais le praticien se souviendra de la parole de Budin : « La curette est aveugle », des perforations peuvent se produire et c'est là un résultat désastreux. Si les injections intra utérines pratiquées 24 à 48 heures de suite ne donnent pas d'amélioration, il conviendra d'user du procédé de M. le Pr Budin : le curage digital suivi de l'écouvillonnage. C'est une méthode que le professeur de Paris emploie depuis 1892. Il en a fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine le 9 juillet 1901. Dans son service de la clinique Tarnier, il y avait eu, disait il, 1137 accouchements ou avortements depuis le 1er novembre 1900 jusqu'au 30 juin 1901 ; il n'avait pas eu à déplorer un seul décès par infection puerpérale.

Depuis cette époque, la méthode du curage digital

Digitized by Google

a donné lieu à de nombreux travaux ; celui de M. le Dr Riou peut être considéré comme un des plus complets (*Th. Paris*, 1902).

Voici la technique du procédé telle qu'elle est exposée par ce dernier :

La malade doit être soigneusement nettoyée ; la vessie et le rectum seront vidés ; on rasera les poils vulvaires ; on fera, suivant les règles de l'antisepsie, la toilette du vagin, de la vulve, des cuisses et de l'abdomen au-dessous de l'ombilic ; on donnera ensuite une injection vaginale.

La malade sera anesthésiée complètement au moyen du chloroforme. Lorsque l'anesthésie sera obtenue, la malade sera placée dans la position obstétricale en travers du lit, les jambes écartées et soutenues par deux aides. On aura soin de recouvrir le lit d'une étoffe imperméable qui conduira dans un grand récipient les liquides qui auront servi aux injections. L'opérateur, alors, après rigoureuse antisepsie, introduit l'index et le médius d'une main dans la cavité utérine ; si la dilatation du col n'est pas suffisante, il se servira des bougies d'Hegar. L'autre main, placée sur l'abdomen, refoulera la matrice de haut en bas et ainsi les doigts introduits dans l'utérus pourront facilement en explorer la cavité. Ils détacheront toutes les irrégularités qu'ils rencontreront, soit en les décollant, soit en les effritant ; on enlèvera ainsi les cotylédons s'il en est resté ou les débris de la caduque, tomenteuse et grisâtre, lorsqu'il y a eu, par exemple, un fœtus macéré. On croit avoir détaché tous les tissus altérés ; les doigts accouplés ou courbés en crochets, les entraînent ensuite à l'extérieur.

Lorsqu'on éprouvera quelque difficulté, on pratiquera l'expression abdomino-vaginale ; voici en quoi consiste cette manœuvre : les doigts sont placés dans le cul-de sac postérieur ; ils le dépriment et s'appliquent sur la paroi utérine : leur face palmaire se trouve donc dirigée en haut, vers la symphyse pubienne.

L'autre main placée sur l'hypogastre déprime fortement la paroi abdominale qui pendant l'anesthésie se trouve dans le relâchement complet. Avec les doigts recourbés en crochet et avec la paume de la main, on appuie sur le fond et sur la face antérieure de l'utérus. L'organe se trouve ainsi saisi, puis comprimé; le placenta ou les fragments de placenta et de caduque passent à travers le col ; ils tombent, chassés comme un « noyau de crise » dans la paume de la main qui est dans le vagin. Puis on fait une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1/4000. Une exploration permet de constater que la cavité utérine est absolument lisse et que le nettoyage a été parfait ; sinon on procède à un nouveau curage digital.

Cette intervention est complétée par l'écouvillonnage. L'écouvillon plongé dans une solution froide de sublimé sera légèrement incurvé, de façon à permettre une pénétration plus facile dans la cavité utérine. L'utérus doit être redressé par un aide ; l'écouvillon, étant guidé sur deux doigts introduits dans le vagin et le canal cervical, est glissé jusqu'au fond de l'utérus. Pour faciliter l'opération, on peut attirer le col à la vulve à l'aide de pinces de Museux; du même coup, l'orifice utérin devient visible et le corps de l'organe est redressé. Dans l'utérus, on fait exécuter à l'instrument des mouvements de rotation sur lui-même ; on le retire alors, souvent chargé de nombreux débris restés dans l'utérus ; un second, puis un troisième écouvillon sont employés, s'il est nécessaire. On fait une injection intra-utérine et l'exploration digitale permet de constater que les surfaces sont devenues absolument lisses. On termine en introduisant un ou deux écouvillons qui ont été plongés dans la glycérine créosotée à 1/5. Une irrigation vaginale sera faite à ce moment, de façon à limiter l'action du médicament à la muqueuse utérine.

S'il s'est produit un écoulement sanguin assez notable, on aura soin de mettre dans la cavité utérine et dans la cavité vaginale une ou deux bandes de gaze iodoformée. Ce tamponnement sera inutile si l'utérus est bien revenu sur lui-même ou s'il y a eu très peu d'écoulement. Un lavage des organes génitaux externes et l'application sur la vulve d'une couche d'ouate trempée dans le sublimé, puis exprimée, termineront l'opération.

Un frisson peut suivre l'intervention et la fièvre monter momentanément ; d'ordinaire la température s'abaisse progressivement. Après 12 ou 18 heures, la gaze iodoformée est retirée et on fait une injection de sublimé à 1/4000 ; cette injection sera renouvelée pendant deux ou trois jours.

L'intervention rapide est une des conditions du succès. Si l'on tarde, la guérison peut être reculée à plusieurs jours, la fièvre persistant dans l'intervalle. La simplicité du manuel opératoire, l'innocuité de son emploi, la constance du succès font du curage digital suivi d'écouvillonnage, le traitement de choix dans l'infection puerpérale.

PÉDIATRIE

Les nodosités rhumatismales chez les enfants. — Les nodosités rhumatismales chez les enfants ont plus qu'un intérêt de curiosité clinique ; leur apparition dans le courant du rhumatisme aggrave considérablement le pronostic, car elle laisse craindre l'approche de quelque nouvelle complication qui,

Digitized by Google

cette fois, sera toujours plus ou moins grave. Tout d'abord le rhumatisme aigu peut passer à l'état chronique; en second lieu, les lésions cardiaques au cours de l'évolution des nodosités sous-cutanées rhumatismales, sont constantes ; c'est généralement l'endocarde qui est atteint, on observe aussi la péricardite, voire la myocardite interstitielle (Weil et Péhu). En troisième lieu, on peut noter l'invasion de la chorée. M. le Dr Nimsi Danician a consacré un bon travail aux nodosités rhumatismales (*Th. Paris*, 1902).

L'étiologie est celle du rhumatisme ; les nodosités rhumastismales se rencontrent presque exclusivement chez les enfants de 3 à 14 ans qui viennent d'avoir une ou plusieurs atteintes de rhumatisme. Ce sont de petites tumeurs sous-cutanées, de consistance ferme, élastique, à contours nets, arrondis. Situées dans le tissu sous cutané, elles sont souvent attachées par leur partie profonde au fascia profond, aux gaines des tendons et des muscles, aux aponévroses, au périoste, même au péritoine. Leur siège est très variable. Il occupe de préférence les doigts, les tendons extenseurs des mains et des pieds, le voisinage des poignets, de l'olécrâne, du coude, de la rotule, des malléoles. Leur volume varie d'un grain de chènevis à un pois ou une amande. La peau au dessus des nodosités est mobile et conserve sa couleur normale.

Les nodosités sont constituées par une trame fibreuse servant de substratum à des cellules allongées, fusiformes, nucléées et contenant un grand nombre de vaisseaux sanguins qui sont sains partout. On les peut diviser en nodosités sous-cutanées, périostiques, tendineuses. Leur durée est en moyenne de quelques mois.

Le diagnostic demande à être fait avec les nodosités traumatiques (traumatisme dans ces dernières), l'érythème noueux (dans l'érythème noueux c'est la jambe qui est prise, la peau est rouge, l'épaississement siège dans la peau elle-même), l'érythème induré des scrofuleux (jambe prise, peau difficilement mobilisable, nodosités réunies en plaques, teinte livide, puis violacée de la peau). Les boutons d'urticaire n'ont qu'une ressemblance éloignée avec les nodosités rhumatismales.

Les nodosités cutanées éphémères des arthritiques (Féréol), ne semblent qu'une forme plus molle et d'une durée plus courte ; elles ne sont qu'une variété de nodosités rhumatismales ; de même encore les nodosités sous-cutanées de l'ostéo-arthrite (Newlais, Pett), qui sont essentiellement chroniques, durent des années et se montrent chez l'adulte.

Les nodosités d'Heberden, limitées aux côtés des articulations phalangiennes, dures, immobiles, se distinguent facilement. Plus malaisée est la séparation d'avec les pseudo-lipomes qui sont plus gros, plus mous, plus lobulés et siègent sur le dos et la région de l'omoplate. On songera également à une gomme syphilitique, à une exostose.

Le traitement consiste dans l'usage du salicylate de soude (4 à 6 grammes au cours de la période aiguë du rhumatisme), et l'administration de l'arsenic. On peut donner la liqueur de Fowler à doses progressivement croissantes (5 à 20 gouttes par jour), l'arseniate de soude (3 à 4 milligrammes). Si les nodosités sont douloureuses et en nombre, l'enveloppement ouaté suivi d'un massage pourra rendre des services. A côté de l'arsenic, l'iodure de potassium pourra également être prescrit.

ÉLECTROTHÉRAPIE

La transfixion électrique dans la tuberculose pulmonaire. — La tuberculose est peut-être de toutes les maladies chroniques la plus curable. L'ordre de curabilité paraît être le suivant en décroissant : tuberculose ostéo-articulaire, tuberculose ganglionnaire, tuberculose du tissu conjonctif, tuberculose des séreuses, enfin tuberculose parenchymateuse qui est également guérissable. Les moyens employés pour lutter contre l'infection bacillaire se réduisent à deux : soit fortifier l'organisme et lui donner les moyens de se défendre avantageusement (thérapeutique défensive), soit agir directement contre le microbe et ses toxines (thérapeutique offensive). Les voies diverses employées pour atteindre localement le bacille sont : la voie sanguine (sérothérapie — médications gastro-intestinales); la voie respiratoire (inhalations d'ozone, d'atmosphères antiseptiques et oxydantes), la voie cutanée par la révulsion locale basée sur les rapports étroits établis, au moyen de réflexes, entre les organes profonds et la paroi sus-jacente. Récemment on a encore utilisé la voie cutanée, mais simplement comme point d'application d'une force devant traverser le tronc de part en part et agir sur les bacilles qu'elle rencontrerait en chemin faisant : l'électricité.

Peu après la découverte de Rœntgen on lança des radiations lumineuses obscures à travers le parenchyme pulmonaire : les résultats ont été très peu satisfaisants. M. H. Guimbail pense que les très légers succès obtenus sont dus à deux causes : 1° il s'échappe de l'ampoule de l'énergie électrique sous forme d'ondes herztiennes qui produit des effets électriques unipolaires ; 2° le choc des radiations électriques détermine au niveau des téguments une révulsion qui agit comme telle par voie réflexe. En face de l'insuccès des rayons Rœntgen on s'adressa directement à l'électricité.

A Lille, M. Doumer expérimente avec succès des

Digitized by Google

courants de haute tension et de haute fréquence au moyen d'une application unipolaire sur la surface du thorax correspondant aux lésions tuberculeuses, tant en avant qu'en arrière.

On peut employer peut-être plus avantageusement encore un courant de haute tension et de haute fréquence (résonateur du Dr Oudin), qui traverse tout le poumon par suite de l'application des deux pôles en des points opposés du thorax. Les preuves de ce passage intégral de l'effluve à travers le thorax sont les suivantes : Quelques heures après chaque séance les malades perçoivent une odeur d'ozone dû évidemment au passage de l'effluve à travers l'oxygène du poumon ; au point de sortie de l'effluve se produit une dermatose transitoire, conséquence probable du transport de dedans en dehors de substances irritantes pour le derme ; les malades accusent constamment une sensation douloureuse obscure mais nettement profonde, intra-pulmonaire. Les résultats sont, d'après M. H. Guimbail, très satisfaisants. La tuberculose est détruite sur place ; les forces reviennent, l'appétit, le sommeil s'améliorent, la tension artérielle se relève, l'état mental, les symptômes nerveux d'éréthisme disparaissent. — R. B.

HYGIÈNE

La désinfection par le formol. — La désinfection par le formol est à l'ordre du jour, mais ce que les praticiens connaissent moins, c'est la variabilité d'efficacité du formol suivant qu'on l'emploie à l'état de vapeurs sèches ou saturées de vapeur d'eau. M. Vaillard nous donne des renseignements intéressants sur cette question *(Arch. de Méd. milit.*, mars). La formaldéhyde à l'état de vapeurs sèches donne naissance à des corps inactifs, tels que le para formol. Dans une atmosphère saturée de vapeur d'eau, elle développe au contraire le maximum de son pouvoir bactéricide. Les vapeurs de formol agissent donc moins à l'état de gaz qu'à l'état de solution formolée.

Les procédés de désinfection à recommander sont donc ceux qui ont pour but d'humidifier l'air intérieur du local à désinfecter. Tel le procédé de Flügge qui, entre plusieurs autres, se recommande par sa simplicité plus grande. Il consiste simplement à vaporiser la formaline du commerce étendue de quatre fois son poids d'eau. Une simple bouilloire suffit à cet effet. Les appareils les plus perfectionnés seront remplacés avantageusement par cet outillage primitif. Seulement une précaution est à prendre, pour que la désinfection soit efficace, il convient que la quantité de formaldéhyde dégagée soit proportionnelle au cubage de la pièce à désinfecter. Pour un espace de 100 mètres cubes, il faut 250 grammes d'aldéhyde formique agissant pendant 7 heures, ce qui revient à vaporiser 800 centimètres cubes de la solution commerciale de formaline à 40 0/0, additionnée de 3,200 centimètres cubes d'eau.

A ce premier procédé dit de vaporisation peut être adjoint un second procédé que M. Vaillard déclare tout aussi efficace et qui consiste simplement en pulvérisations. Tout pulvérisateur existant peut servir, la solution est à 2 1/2 0/0. Le liquide est projeté directement sur les surfaces à purifier (parois murales). Quant au plancher, un nettoyage avec brosse à l'aide de l'émulsion de crésyl à 4/100 donnera une sécurité convenable.

Cette simplification dans les moyens de désinfection par le formol ne peut manquer d'être vue de bon œil par les praticiens,

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'éducation physiologique du sourd-muet. — M. Laborde. Chez l'enfant sourd-muet du premier âge, que la surdi-mutité soit congénitale ou acquise (à la condition toutefois qu'elle ne soit pas liée à une lésion organique irrémédiable), il y a moyen bien souvent de ramener la parole. Il suffira d'habituer l'enfant à des *exercices auriculaires* entrepris non à l'âge de 7 ou 8 ans, comme il est d'habitude, mais à l'âge de 3 ans. Dans la méthode de ces exercices auditifs prennent rang différents appareils de renforcement et M. Laborde présente l'un de ces appareils à l'Académie. Il montre en outre plusieurs sujets qui commencent les uns à être sensibles aux exercices auriculaires, les autres à prononcer quelques mots.

— M. Nocard fait une communication sur une maladie à hématozoaires spéciale aux animaux : la piroplasmose. (*17 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Maladie de Raynaud de nature hystérique guérie par suggestion indirecte. — M. Souques. Un garçon de 27 ans était atteint de troubles asphyxiques avec douleurs locales, à allures paroxystiques. Des signes d'hystérie étaient concurremment observés (hémiparésie gauche légère avec hémihypoesthésie sentitive et sensorielle). L'auteur guérit le malade par la prescription de pilules au bleu de méthylène. Il lui avait persuadé que la coloration bleue de sa main pouvait passer dans les urines. Dans ces cas de maladie de Raynaud hystérique, on n'a pas jusqu'aujourd'hui du moins, observé la gangrène. Celle-ci caractérise on le sait, la phase ultime du syndrome de Raynaud.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Formes gangréneuses de l'appendicite. — M. Quénu discute les observations qui lui ont été présentées par M. Walther et par M. Mignon (voir nº 22) ; il rappelle que, si le signe qu'il a deux fois constaté a une valeur séméiologique et une utilité, il ne les a précisément que pendant les premières vingt ou vingt-quatre heures. Il pense que, d'après les examens histologiques de M. Letulle, l'altération gangréneuse est d'abord une altération de la muqueuse, spécialement des follicules clos et qu'elle n'envahit les couches musculaire et séreuse que secondairement. Dans cette première période se produit, avec une fréquence que l'observation nous fera connaître, l'adénopathie des ganglions de l'angle cœcal et du mésentère et cette adénopathie se traduira par la localisation spéciale de la douleur. Après les premières vingt quatre heures la totalité des tuniques appendiculaires est mortifiée et la large voie de la cavité péritonéale ouverte à l'absorption putride ; il est alors trop tard, le poison a fait son chemin, c'est l'état général qui domine, c'est lui seul qui a de la valeur car, d'une manière générale, *la valeur séméiologique de la douleur est d'autant plus grande que l'affection est demeurée locale*. A une période de douleur vive parfois très courte succèdent bientôt un endolorissement et dans certains cas même une sorte d'anesthésie allant jusqu'à masquer le siège initial du foyer d'intoxication. Ce sont ces faits bien connus auxquels s'applique l'expression de Dieulafoy « d'accalmie traitresse ». C'est pour cela que M. Quénu désirerait voir les médecins analyser la douleur abdominale dès les premières heures.

Anurie calculeuse ; opération au 12e jour ; guérison. — M. Bazy rapporteur de l'observation de M. Suarez de Mendoza, fait remarquer que cette anurie calculeuse, loin de s'installer brusquement comme il est coutume, a été précédée d'une période d'oligurie progressivement augmentant pendant 1 mois. L'opérateur s'étant assuré de la perméabilité de l'uretère par le cathéterisme rétrograde fit la suture totale du rein. Mais quand on craint de ne pas avoir la voie libre, M. Bazy recommande de placer un long drain tenu à frottement dur dans la plaie rénale, fixé à la peau par un crin et traversant le pansement (qui reste sec) pour aboutir dans un vase placé au-dessous du lit du malade.

Exstrophie acquise de la vessie par les voies naturelles. — M. Picqué reçoit dans son service une dame de 64 ans, opérée l'an passé par M. Guinard pour épithélioma de de l'urèthre et présentant actuellement entre les grandes lèvres une tumeur qui a tous les caractères d'une vessie complètement retournée : absence de méat et présence des uretères, coloration et aspect de la muqueuse qui est rouge jaunâtre, épaisse, tomenteuse, sillonnée de plis transversaux, contraction du muscle vésical à la pression. Le chirurgien pratique une opération en deux temps : dans le premier temps il fixe le contour supérieur de la vessie réduite à la face antérieure de l'utérus qu'il fixe lui-même à la paroi par trois points de suture ; dans un second temps il refait un canal utéthral.

Opération de l'empyème par incision verticale postérieure. — M. Moty fait l'incision à 4 doigts de la ligne épineuse et un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate, de façon à reconnaître le 8e ou le 9e espace et à ouvrir celui qui paraît le plus large parallèlement à la côte. Les avantages de ce procédé sont les suivants : On ménage presque complètement les muscles de l'épaule et l'on respecte l'artère cachée dans la gouttière costale ; l'ouverture est déclive dans les positions verticale et horizontale.

Séparation intravésicale des urines par la méthode de Luys. — M Potherat a expérimenté le séparateur des urines de Luys chez un malade atteint de pyélonéphrite suppurée du côté droit, pendant une crise de rétention. On a retiré de la vessie une urine avec peut-être un léger louche, du rein gauche de l'urine normale, du rein droit absolument rien. M. Potherat conclut ainsi : « L'appareil de M. Luys est très simple ; son maniement est à la portée de quiconque sait cathétériser un urèthre, ce qui doit être le cas de tout praticien. Si donc il sépare réellement l'urine des deux reins, il répond à tout ce que nous avons besoin de savoir dans l'immense majorité des cas. Or, les faits s'accumulent maintenant pour démontrer que cette séparation est réellement effectuée par le séparateur de Luys ». — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le concours des hôpitaux. — Le concours des hôpitaux vient de prendre fin. Les heureux élus sont MM. Appert, Auclair, Bergé, Fournier, Labbé, Marie. Et ce résultat n'a pas été sans soulever quelque tapage. M. Huchard avait protesté dans une lettre au Directeur de l'Assistance publique ; nos lecteurs en ont pu apprécier le ton ferme et modéré (nº 22 du *Journal des Praticiens*). Que s'était-il passé ? Des irrégularités graves. Une réunion clandestine de six juges avait précédé l'ouverture du concours. Il s'agissait de combler de notes brillantes les six candidats favoris. Et les événements se sont déroulés comme il avait été convenu. Le dépouillement des notes à la fin du concours a démontré l'entente préalable. Six juges avaient invariablement attribué la même note — toujours excellente — aux six candidats de leur choix. Au vu de cette entorse à l'équité du concours, deux examinateurs, MM. A. Robin et Landrieux, ont refusé de signer le procès-verbal et ont adressé leur démission de membres du jury au Directeur de l'Assistance publique. Deux des candidats promus sur six avaient fait des épreuves médiocres, fort inférieures à celles de tels de leurs collègues qui avaient été évincés. Pour que MM. Huchard, A. Robin, Landrieux, aient protesté avec une telle énergie, il faut

Digitized by Google

que les faits incriminés soient réels. Qu'en pense M. Mourier ? « Il ne croit pas, assure-t-il, des médecins des hôpitaux capables de forfaire à la loyauté du concours ». Les paroles du Directeur de l'Assistance publique sont particulièrement sévères ; le terme de forfaiture s'y trouve. Et les accusations des membres démissionnaires n'ont pas été démenties. — K. S.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale. — par Félix Legueu, chirurgien des hôpitaux, Pr agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol., gr. in-8° de 455 p., avec 13 fig. dans le texte, 12 fr. (Paris, Félix Alcan, édit.).

Nos lecteurs ont déjà apprécié la manière de M. Legueu. Le n° 17 du *Journal des Praticiens* publiait une de ses leçons sur le noyau épididymaire. L'auteur a réuni en volume les sujets les plus intéressants qu'il a eu à traiter dans le cours de l'année 1901, comme suppléant de M. le Pr Duplay. L'ensemble forme trente leçons où, tour à tour, sont étudiées certaines pratiques de pathologie générale (asepsie, rachicocaïnisation) et la chirurgie des membres, de la tête, du cou, du sein, de l'abdomen, de l'appareil génito-urinaire. Sept leçons de gynécologie terminent l'ouvrage. L'exposition est méthodique et nette, elle place les symptômes et les considérations thérapeutiques dans leur jour, montre par le chiffre faible de la mortalité la valeur du chirurgien, et se rehausse d'une certaine élégance de forme qui rend la lecture de l'ouvrage particulièrement attrayante.

Traité de l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques, par le Dr A. Bonain, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Brest. — Paris, Alcan, édit., 1 vol. in-16, 264 pages.

Si l'intubation a fini par supplanter, dans les hôpitaux au moins, la trachéotomie comme méthode de traitement de l'asphyxie croupale, il faut avouer que les praticiens de la ville se sont montrés beaucoup moins empressés. Leur réserve ne laisse pas d'être justifiée ; la 71e réunion des naturalistes et médecins allemands en 1899 formulait entre autres conclusions la suivante : « l'intubation est requise quand les moyens de relation sont faciles et quand le médecin peut se rendre en une heure au plus, auprès de son malade ». Voilà le praticien averti : s'il est trop loin, mieux vaut qu'il renonce à l'intubation. Celle-ci du reste est une opération de choix ; tout praticien fera bien de la connaître et d'être à même de la pratiquer. L'excellent livre que M. Bonain a consacré au sujet, l'expérience personnelle de l'auteur seront à cet égard d'un secours bien précieux à tous ceux qui désirent s'initier à la technique et en faire profiter leurs malades.

L'alcool et le crime, par E. Masoin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Louvain, Institut supérieur de philosophie, 1, rue des Flamands.

Auguste Comte disait que le progrès est le développement de l'ordre. Un autre de ses aphorismes familiers était que la soumission est la base du perfectionnement. Qu'aurait-il pensé d'une Société où l'alcoolisme progresse, s'étend, sape dans les cerveaux les notions d'ordre et de soumission ? Il aurait prononcé la décadence irrémédiable et le recul des groupements que possède et que ronge un pareil vice. Un des signes les plus frappants de cette marche sociale en arrière est l'augmentation de la criminalité. Un homme qui boit est un réfractaire à l'ordre social. Sur 100 délits ou crimes, un tiers est dû à l'usage de l'alcool. M. E. Masoin, l'éminent secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Belgique, est revenu sur ce sujet et il l'a développé avec une grande force d'arguments. Nous souscrivons pleinement et applaudissons aux éloquentes paroles par quoi notre confrère flétrit l'abus des boissons alcooliques, ces poisons du cerveau et ces facteurs de dégradation sociale.

Traité théorique et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise (Leur emploi thérapeutique), par J. E. Marfort. — 1 vol. in-8° avec 50 fig., 4 fr. (Vigot frères).

Le massage pour tous, par le Dr de Frumerie. — 1 vol. in-18 avec 24 fig., 1 fr. (Vigot frères).

Ces deux volumes sur le massage répondent à un public différent. Le premier, celui de J.-E. Marfort, s'adresse spécialement aux médecins. Il les renseigne très heureusement sur la pratique et les indications de cette méthode thérapeutique qui compte à son actif et dans des maladies si diverses, des soulagements nombreux et des guérisons définitives. L'ouvrage de M. le Dr Frumerie, très élémentaire, sera surtout apprécié des masseurs étrangers à la médecine : infirmiers, doucheurs, baigneurs, valets de chambre, que leur métier appelle à pratiquer le massage.

Guide pratique des infirmeries régimentaires, par le Dr Henry Petit, médecin-major de 1re classe. — Paris, Masson et Cie édit.

Petit volume bien fait et qui donne par ordre alphabétique la nature des maladies plus spéciales au soldat et leur traitement. Ce dernier est exposé avec grand soin dans la concision du texte.

Une triste nouvelle nous arrive. M. le Dr Huchard vient de perdre son vieux père. Il y a deux ans, c'était sa mère à laquelle il rendait les derniers devoirs ; son père n'a pas tardé à la suivre. Le vieillard habitait un village de Bourgogne et notre Directeur était accouru à son chevet il y a quelques jours.

Que dans le grand et nouveau deuil qui vient de le frapper, M. Huchard veuille bien recevoir l'expression de notre sympathie profonde et de nos respectueux sentiments de condoléance.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger

PARIS. — IMP. CHARLES CLAMER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier.

L'éclampsie puerpérale.

Tout est sujet à discussion dans l'éclampsie puerpérale : la pathogénie et le pronostic ne reposent pas sur des certitudes arrêtées, le traitement varie suivant les différents pays et aujourd'hui même il n'est plus tout à fait en France ce qu'il était il y a vingt ans. Les symptômes sont dans l'éclampsie ce qu'il y a de moins divers; néanmoins des différences s'observent encore et on ne saurait tracer de la maladie un tableau schématique qui fût vrai dans tous les cas. Ces quelques considérations vont s'éclairer tout de suite par l'histoire de la malade que je vais vous rapporter.

Le 30 avril à 7 heures du soir, j'étais averti par un coup de téléphone qu'une femme enceinte venait d'être amenée dans le service, ayant eu chez elle des attaques d'éclampsie. La face était vultueuse, œdématiée, la langue mordue, la perte de connaissance complète. Quelques minutes après l'entrée survenait un accès caractéristique, suivi d'une grande agitation ; des cris rauques étaient poussés, le stertor manquait dans lequel tombent communément les éclamptiques. T = 37° ; P = 60. Par la sonde on retire 70 grammes d'une urine très albumineuse. La femme était enceinte de 7 mois 1/2 à 8 mois. L'examen montre un col fermé et une présentation du sommet. Les battements du cœur fœtal étaient perceptibles. Le lendemain matin, nous obtenons quelques renseignements du mari. Sa femme, nous apprend-il, est âgée de 26 ans, et c'est sa première grossesse ; sans doute un peu d'œdème était constaté depuis quelques jours sur les mains et la face, mais on n'y faisait pas attention. La malade ne se plaignait pas et ne consulta personne. La veille, à midi, le mal de tête se déclarait ; à 3 heures l'agitation commença, servant de prélude à la première attaque qui éclatait quelques minutes plus tard. Trois attaques se produisirent à une heure d'intervalle environ. Un médecin appelé ordonna le transport immédiat à l'hôpital.

Aussitôt après l'attaque survenue à l'entrée, le traitement que j'emploie habituellement fut institué : saignée de 400 grammes, suivie d'une injection équivalente de sérum, grand lavement suivi d'un lavement purgatif : 15 grammes séné, 30 grammes sulfate de soude, une goutte d'huile de croton. Par la sonde, la malade ayant perdu connaissance, on fit pénétrer dans l'estomac : 150 grammes de lait toutes les 2 heures.

A 8 heures du soir, une nouvelle crise, la cinquième, apparut. A 9 heures 10, début d'un sixième accès ; ce ne fut qu'une alerte passagère. L'administration de quelques gouttes de chloroforme arrêta les convulsions. Celles-ci ne se reproduisirent plus. Cette crise avortée termina la série; cependant, comme nous l'allons voir, la suppression des attaques n'enraya nullement l'évolution du mal.

A 10 heures du soir les battements du fœtus étaient moins forts, l'utérus durcissait de temps à autre, indice de contractions que la femme, toujours agitée et sans connaissance, ne percevait pas. A 11 heures 1/2 une légère lueur cherche à poindre ; la malade ouvre les yeux, prononce quelques mots incompréhensibles, injurie l'entourage. Un lavement de 4 grammes de chloral dans 200 grammes de lait est administré en deux fois, à 20 minutes d'intervalle.

A minuit, on sonde la vessie : pas une goutte d'urine. On pratique l'auscultation. Les battements du cœur ne sont plus perçus. Ils reparaissent quelque peu à 1 h. 1/2, mais faibles et irréguliers. La femme pousse des cris inarticulés, se redresse, saute dans son lit. Du chloroforme à petites doses est administré pendant ces périodes d'agitation et aussi pendant les divers soins donnés (lavements qui ramènent plusieurs garde-robes dans la nuit, antisepsie vaginale, gavage avec du lait).

A 6 heures du matin : le col, perméable dans toute son étendue, s'efface, à 7 heures la dilatation est complète. On rompt les membranes. Un fœtus pesant 1,510 grammes naît spontanément. Tout cela se fait très vite. L'accouchement étant terminé, quelques chances en plus semblent donc faire pencher la balance en faveur de la guérison ; mais celle-ci reste douteuse. 1 heure 1/2 avant l'accouchement, la fièvre avait commencé à se montrer ; le thermomètre marquait 38°,5, et il est maintenant à 40°. C'est là un signe fâcheux. Ajoutons l'absence d'urine depuis minuit et l'accélération de la respiration, toutes constatations graves. Assurément il est fort difficile de se prononcer. En dépit de ces symptômes alarmants, la femme va t-elle guérir ?

L'éclampsie puerpérale *est une maladie à surprises.* Certaines malades reprennent connaissance après l'accouchement, d'autres continuent d'aller plus mal. Pourquoi ces différences? Elles proviennent du degré d'intoxication. Faible, l'empoisonnement prend fin avec l'accouchement; quand cet empoisonnement est plus marqué, la terminaison de l'accouchement n'est plus capable d'en arrêter la gravité.

C'est qu'en effet l'éclampsie n'est plus la névrose que croyaient les anciens, elle n'est plus la maladie ne se révélant par d'autre signe que la crise éclamptique, elle est l'aboutissant d'une intoxication.

Digitized by Google

Chez la femme enceinte, il existe, en effet, une sorte d'auto-intoxication. Les matériaux de déchet encombrent le sang ; que le foie ne détruise plus les toxines, que les reins les éliminent mal, que l'intestin remplisse mal ses fonctions évacuantes, que l'émonctoire cutané même n'accomplisse plus sa tâche, une toxémie grave apparaît. C'est le foie surtout, en pareil cas, qui semble être l'organe le plus touché, c'est lui en premier lieu qui fléchit, les reins ne sont atteints que plus tard et par irritation des déchets toxiques qui lui viennent du foie. Telle semble la pathogénie probable : hier encore on accusait le rein, aujourd'hui c'est le foie. Cette intoxication est-elle parfois la conséquence d'une infection microbienne? Cela est très peu probable, comme l'a montré Bar; on a bien signalé de petites épidémies d'éclampsie qui semblent accuser une influence infectieuse, mais rien n'est sûr à cet égard.

Le premier symptôme de cet empoisonnement est souvent l'albuminurie. Celle-ci n'est ni constante, ni toujours abondante. Il faut examiner les urines souvent; chez toute femme enceinte elles devraient être analysées à diverses reprises ; à la moindre trace d'albumine, il convient de se méfier. Il faut mettre au repos et soumettre *au régime lacté exclusif* toute femme enceinte dont les urines sont albumineuses.

L'œdème de la face, des paupières, les troubles de la vue, la céphalée, la lassitude, les épistaxis, autant de signes avant coureurs qui accompagnent souvent l'albuminurie. La femme n'a pas encore d'éclampsie. Elle est dans un état d'éclampsisme, comme a dit M. Budin. La céphalée augmente; elle est frontale, intolérable; la vue se trouble; de la diplopie, de la cécité peuvent apparaître. Une douleur se fixe au creux épigastrique. L'agitation est parfois extrême.

A la suite de ces prodromes l'attaque convulsive est imminente. Elle éclate et quand elle bat son plein, la confusion avec l'attaque d'épilepsie est possible ; mais le cri et souvent la chute initiale ont manqué; le début s'est fait par de l'agitation, des paroles confuses, du grognement; puis soudain la tête se tourne de côté, s'incline et s'immobilise par contraction d'un des sterno-mastoïdiens; des grimaces, des clignotements tirent et font battre les traits de la face et les paupières. C'est la période d'invasion, qui dure de 15 à 20 secondes; en faisant inspirer du chloroforme, on peut arrêter le mal sur cette entrée en scène.

Sinon, les convulsions toniques surviennent et se généralisent ; la raideur, la contracture occupent le corps et les membres pendant 15 à 20 secondes, puis c'est au tour des convulsions cloniques. Elles secouent les membres inférieurs, le tronc, les membres supérieurs et la tête, font mordre la langue, couler la salive en dehors de la bouche. Le coma termine l'attaque.

Chez la malade qui fait le sujet de cette leçon, ce n'est pas le coma qui s'est montré, c'est de l'agitation. Après quelques attaques, le retour de la connaissance annonce parfois la guérison, ou bien il y a aggravation. Dans quelques cas rares, on a vu la femme mourir brusquement au cours même d'une attaque. C'est cette différence dans la terminaison qui rend le pronostic si épineux.

Le petit nombre des attaques est d'un pronostic plutôt favorable, mais cette règle souffre des exceptions. La malade actuelle en est un exemple. Elle n'a eu que six attaques ; elle est cependant dans un état grave (1).

Une température normale est d'un bon augure ; de même la régularité de la respiration, la diurèse conservée. Ici il y a 40°, une respiration accélérée de l'anurie. La quantité d'albumine, si abondante soit-elle, n'est pas toujours d'un fâcheux présage ; si la peau et l'intestin fonctionnent bien, ils peuvent faire suppléance et conjurer jusqu'à un certain point le danger.

Le plus souvent les convulsions déterminent le travail et celui-ci est d'ordinaire rapide. Après l'accouchement, l'éclampsie peut continuer dans la moitié des cas. Ne continuât-elle pas, le tableau ne s'éclaircit pas toujours, la mort peut survenir sans nouvelles attaques. Dans quelques cas favorables qui atténuent la sévérité de la règle, il peut se faire que des attaques d'éclampsie survenant pendant la grossesse laissent à la fois guérir la femme et continuer la grossesse; c'est ce qui a lieu quand l'intoxication est peu profonde. Il ne faut guère compter sur cette heureuse éventualité. Souvent l'enfant meurt. Ce malheur, il est vrai, est parfois racheté par un avantage : la mort de l'enfant peut en effet arrêter les crises éclamptiques, et l'on pourrait, dans ces cas, penser avec Fehling que l'intoxication maternelle provient du fœtus.

Quand les crises persistent après l'accouchement, elles n'entraînent pas fatalement la mort. La guérison peut survenir quand même, traversée parfois, il est vrai, par des complications plus ou moins graves: manie, amnésie post-éclamptique, paralysies diverses.

D'autre part, une terminaison fatale peut être provoquée par une hémorragie cérébrale ou bulbaire un œdème aigu du poumon, comme j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas.

L'éclampsie peut éclater à diverses périodes : pendant la grossesse, le travail ou après l'accouchement. L'éclampsie du travail est la moins grave. Tarnier fixe une mortalité de 27 0/0. Celle-ci monte à 31 0/0

(1) Contre mes prévisions cette malade a guéri.

Digitized by Google

pendant la grossesse et à 42 0/0 dans le post-partum.

Si le pronostic est grave pour la mère, il est encore plus grave pour l'enfant. Il meurt fréquemment; quelquefois il est pris de convulsions in utero. L'autopsie montre souvent, comme dans le cas présent, des altérations du foie et des reins qui sont gros, congestionnés. Le placenta est le plus habituellement œdématié, parsemé d'infarctus anciens ou récents; chez notre malade, il renfermait des noyaux hémorragiques, mais il était petit et atrophié.

Le traitement de l'éclampsie puerpérale a été très discuté. Le meilleur est le traitement prophylactique. Examinons l'urine des femmes enceintes; faisons mettre au repos et soumettons au régime lacté *exclusif* toutes les albuminuriques. Le régime lacté sera continué au moins 8 jours; au bout de ce temps, la femme sera, comme l'a si bien établi Tarnier, à l'abri de l'éclampsie.

Quand l'éclampsie sera déclarée, il faudra à la fois débarrasser l'organisme des principes toxiques qui l'encombrent et calmer l'excitabilité des centres nerveux.

Une saignée de 300, 400, 500 gr. sera pratiquée. Jadis Depaul retirait jusqu'à 1.200 et 1.500 gr. de sang. Ces larges soustractions sanguines ne sont plus employées. Elles diminuent par trop la résistance de la malade. Je fais suivre la saignée d'une injection sous-cutanée équivalente de sérum (chlorure de sodium 8 à 10 gr., eau distillée 1.000 gr.).

On administrera un grand lavement suivi, comme nous l'avons fait pour notre malade, d'un lavement purgatif. On fera prendre 150 à 200 gr. de lait toutes les deux heures; quand la malade ne pourra avaler, on la gavera, et, si les dents sont serrées, on introduira la sonde par la voie nasale.

L'excitabilité des centres nerveux et l'agitation seront amendées par le chloroforme et le chloral. Mais on n'administrera pas le chloroforme à hautes doses dans la crainte, comme l'a dit le Pr Budin, d'ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication éclamptique. On se contentera d'en verser quelques gouttes sur un mouchoir au moment des périodes d'excitation. De même pour le chloral : les doses de 12 à 15 gr. employées jadis sont trop élevées. On prescrira des lavements de 2 à 4 grammes : hydrate de chloral 4 gr., jaune d'œuf n° 1, lait 200 gr. Les Allemands recommandent la morphine; on y pourra recourir avec précaution. Quant aux bains chauds, conseillés par Bar, ils excitent avantageusement la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile et je ne sais comment dans le cas présent, vu l'agitation de notre malade, on aurait pu les mettre en pratique.

Pendant les attaques, on maintiendra la femme dans son lit, on l'empêchera de se mordre la langue en appliquant une compresse au devant des arcades dentaires. Ce sont là petites précautions qu'il ne faut pas négliger.

Faut-il débarrasser l'utérus?

Je ne pense pas qu'il y ait lieu de *provoquer* l'accouchement; car l'éclampsie peut persister après l'accouchement et d'autre part la grossesse peut continuer après l'éclampsie. Quelques auteurs, Halberstma en particulier, qui admet que l'éclampsie tient souvent à une compression des uretères, sont allés jusqu'à proposer et à pratiquer l'opération césarienne. Je ne les suivrai pas dans cette voie. Pour me décider à intervenir, il faudrait des accidents graves : anurie ou élévation thermique par exemple; en dehors de ces conditions, je n'interromps pas la grossesse et j'attends.

Par contre, dès qu'il y a un commencement de travail, l'expectation n'est plus de mise. Si la dilatation marche lentement, élargissons la par l'entrée des deux indicateurs dans le col, suivant le procédé de Bonnaire. Aussitôt qu'il sera possible de pénétrer dans l'utérus, délivrons la mère par le forceps, la version ou l'extraction, suivant les cas. Ici, il ne convient plus de tergiverser; autant j'ai de répugnance à intervenir pendant la grossesse, autant j'apporte de décision et de promptitude à accélérer le travail quand il est commencé, et à terminer rapidement l'accouchement.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les cardiaques aux eaux minérales

(Bourbon-Lancy)

Je veux redire encore que la France, plus que tout autre pays, possède en eaux minérales des richesses incomparables pour les cardiaques. Nous avons *Evian* pour le traitement rénal des cardiopathies artérielles, comme je l'ai indiqué dernièrement. Les bains carbo-gazeux dont on fait un grand bruit en pays étranger, se trouvent, avec de meilleures conditions, dans de nombreuses sations, à *Salins-de-Moutiers*, à *Royat*, à *Chateauneuf*, à *Saint-Nectaire*, comme je l'ai déjà démontré (*Journal des Praticiens*, 1898, page 27) et comme je le démontrerai encore. Enfin, pour le rhumatisme et les cardiopathies rhumatismales et valvulaires, les thermes de *Bourbon-Lancy* ont fait leurs preuves depuis plusieurs années (*Journal des Praticiens*, 1897, p. 801); les succès obtenus sont remarquables, et l'affluence des malades est devenue telle que cette station n'est plus reconnaissable, et qu'une véritable ville thermale s'y élève. Il importe aujourd'hui de

Digitized by Google

donner aux praticiens tous les renseignements qu'ils réclament à ce sujet.

Les eaux de Bourbon-Lancy sont chaudes et faiblement minéralisées : leur température varie suivant les sources, de 46° à 58°, et leur composition chimique, sur une minéralisation totale de 1 gr. 80 par litre, comprend 1 g. 30 de chlorure de sodium, des bicarbonates, des substances en minime proportion (iode, arsenic, lithine et manganèse) et des gaz (acide carbonique et azote). Le débit des sources est assez considérable 450 à 500 mètres cubes par jour et une captation meilleure pourrait encore l'augmenter. Trois sources importantes, le *Lymbe*, la *Reine* et *Descures* fournissent la plus grande partie de l'eau utilisée par les bains, les douches, les étuves et la piscine ; les deux dernières sources sont également employées comme eau de boisson.

Cette station est située au centre de la France (Saône et-Loire), sur les confins de la Nièvre et de l'Allier. Elle est située au fond d'un vallon limité par une ceinture de collines et ouvert seulement à l'ouest ; elle est à l'abri des vents et tout particulièrement de celui du nord si préjudiciable aux rhumatisants et aux cardiaques.

Le climat est chaud quoique tempéré, sans variations brusques de température le matin et le soir. Par suite de la grande perméabilité du sol, l'humidité ne s'y conserve pas, ce qui est un grand avantage pour les rhumatisants, tandis que dans certaines stations réputées de l'étranger on peut dire qu'on y vient avec une affection du cœur et qu'on en sort avec des rhumatismes. L'altitude est modérée (200 m.) ; elle convient aux névropathes qui dorment mieux du fait même de leur séjour, et aux malades qui ont une tension artérielle élevée, les hautes altitudes pouvant amener le surmenage du système circulatoire. La station est éloignée d'usines qui pourraient souiller la pureté de l'air ; la campagne est calme et reposante et l'absence des plaisirs bruyants des grandes stations laisse aux malades, sans trop d'ennui, le souci unique de leur traitement. Ceci a son importance, car la cure des cardiaques à Bourbon-Lancy est, avant tout, une *cure de repos*.

Le traitement des cardiaques comprend : la balnéation et la boisson, l'emploi du massage et de la mécanothérapie, l'observance stricte d'un régime alimentaire approprié, enfin le repos physique et moral.

1° Les *bains* sont donnés le matin de 34 à 36°, et leur durée varie de 15 à 25 minutes. Ils sont suivis ou non de « douche sous-marine », véritable massage sous l'eau, dont l'action consiste à faire une dérivation à la périphérie et à régulariser les circulations locales. Au début du bain, on note un peu d'accélération du cœur ; mais au bout de quelques minutes, le pouls devient moins fréquent, mieux frappé et plus ample ; le rythme respiratoire reste régulier et normal et les malades n'accusent pas de sensation de lourdeur thoracique, ni de gêne inspiratoire. Après le bain, le malade est pris en chaise à porteur, enveloppé d'un peignoir et d'une couverture de laine chauds et porté sans fatigue dans son lit où il fait une sudation très modérée. Ainsi, les fonctions de la peau sont activées et une sudation salutaire entraîne l'élimination des déchets toxiques de l'organisme. Ces bains et douches réussissent surtout chez les rhumatisants cardiaques : ces eaux calmantes et décongestionnantes permettent aux malades atteints de lésions cardiaques et menacés de rhumatisme, de se soigner et de se mettre à l'abri de nouvelles poussées articulaires si pernicieuses pour l'évolution de leur cardiopathie. Ce traitement est bien supporté dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, quelques mois après la crise, même quand les articulations restent encore gonflées et douloureuses.

2° L'eau en boisson de la source de la *Reine* à la dose de 3 à 4 verres par jour complète l'action heureuse déjà obtenue par la balnéation. L'eau est diurétique décongestive, anti-diathésique et éliminatoire d'acide urique ou d'urates de soude. Cette eau chaude (47°) est très bien tolérée et sa saveur n'a rien de désagréable ; elle fait un lavage interne dont l'effet s'ajoute à celui de la sudation douce pour l'élimination des déchets.

La source de *Descures*, un peu laxative, est prescrite aux malades dont il faut surveiller la constipation si défavorable aux rhumatisants et aux goutteux pléthoriques. L'eau de boisson, en outre, stimule l'appétit ; mais elle n'est pas bien supportée par tous les malades, ceux-là seuls en peuvent boire qui ont un chimisme stomacal normal ou de l'hypochlorhydrie. Les hyperchlorhydriques ne la tolèrent pas. La boisson a une grande importance à la période de présclérose chez les goutteux uricémiques ; elle favorise l'élimination de l'acide urique, poison vasoconstricteur, et par ce fait contribue à diminuer la tension artérielle.

3° Les *moyens adjuvants* (frictions, massage, gymnastique manuelle et mécanothérapie) régularisent les circulations locales languissantes, agissent sur la tension artérielle et la fréquence du pouls, sur la diurèse et la composition chimique des urines.

L'utilité du *massage* est surtout manifeste dans l'hypertension artérielle ; mais son action sur la pression sanguine dépend de la façon dont il est exécuté. Un massage léger qui agit moins sur les muscles et les viscères abdominaux que sur la surface tégumentaire, sur les terminaisons nerveuses de la peau élève la pression ; il peut être utile dans certains états neurasthéniques avec hypotension. Par contre,

Digitized by Google

le massage sous forme de pétrissage des muscles et surtout le massage abdominal profond abaisse la pression. Cet abaissement peut aller de 2 à 3 centimètres de mercure à une seule séance. Sans doute, il n'est que passager et la pression revient après deux heures environ au taux où elle était avant le massage. Mais peu à peu l'action hypotensive se prolonge et, vers la fin d'un traitement de trois ou quatre semaines, elle devient plus stable et peut durer plusieurs semaines et même des mois. Le mécanisme de cette action peut être expliqué par la vaso-dilatation périphérique et surtout abdominale provoquée dans les parties du corps soumises aux manœuvres du massage. Par le fait de cette vaso-dilatation périphérique, les congestions viscérale, pulmonaire, hépatique, et rénale diminuent progressivement. L'action diurétique du massage abdominal est constante et d'autant plus abondante que les tissus ont retenu davantage de sérosité dans leurs mailles.

L'action décongestionnante sur les poumons, le foie et les reins du massage général peut et doit être renforcée par un massage local, qui consiste en vibrations légères exécutées par les mains du masseur et non par des vibrations mécaniques. Les exercices respiratoires sous forme d'expirations forcées et le massage par frictions des nerfs intercostaux possèdent une action remarquable sur la congestion des bases des poumons.

Sur le cœur lui-même, le massage exerce une action sédative, effet de la vaso-dilatation périphérique. La tachycardie diminue ; mais l'arythmie de la cardio-sclérose reste irréductible. Les mouvements passifs de circumduction, de rotation, etc., agissent sur la circulation veineuse, qu'ils accélèrent. S'ils diminuent le travail du cœur gauche, ils augmentent celui du cœur droit; il convient donc de les utiliser avec circonspection dans tous les cas où celui-ci a tendance à se laisser dilater, particulièrement dans le rétrécissement mitral. On les croit facilement inoffensifs, parce que passifs, ce qui est une erreur. Les mouvements actifs légers sont souvent mieux tolérés que les mouvements passifs. Ils déterminent un afflux de sang vers les muscles, qui travaillent et calment l'excitation du cœur, s'ils sont bien adaptés aux forces du malade.

Dans les affections valvulaires, le massage, et surtout la gymnastique médicale rendent des services principalement à la période d'hyposystolie. L'indication principale du traitement kinésique dans ces cas n'est plus de diminuer l'hypertension artérielle. Le rôle de la gymnastique passive et active n'est nullement, comme le pensent certains auteurs allemands, de provoquer une hypertrophie compensatrice. Il n'est pas non plus uniquement d'activer le retour du sang veineux vers le cœur droit, comme le veulent les auteurs suédois. L'utilité véritable de la gymnastique consiste dans une sorte de rééducation des mouvements du cœur. La gymnastique respiratoire qui élargit la cage thoracique et met le cœur plus à l'aise pour accomplir ses fonctions, est ici d'une grande importance, surtout chez les jeunes sujets dont le développement physique n'est pas encore achevé. La pseudo-hypertrophie de croissance peut bénéficier largement de ce traitement. Développez le thorax, le cœur se développera moins, comme je l'ai dit, il y a plusieurs années.

4° Le *régime alimentaire* a une importance capitale ; aussi dans les hôtels, les médecins ont exigé un régime spécial conforme à leurs prescriptions : laitage dans l'alimentation, diminution de certaines boissons et suppression de celles qui sont excitantes, du thé, du café, des légumes, du vin pur; suppression des aliments renfermant plus ou moins de ptomaïnes comme les poissons, les viandes faisandées, et peu cuites, les conserves alimentaires, les fromages faits, la charcuterie, le gibier, dont la viande est d'autant plus toxique que l'animal a été davantage surmené par la course et la chasse. La sévérité du régime alimentaire doit être maintenue dans toute sa rigueur pour les goutteux, ou pour les candidats à la goutte, pour tous les uricémiques, si prédisposés aux lésions artérielles par hypertension.

5° Enfin, le *repos* du corps et de l'esprit est indispensable pendant la cure hydrominérale des cardiaques, parce que « le cœur physique est doublé d'un cœur moral ». Ce n'est pas dans les villes d'eaux à casinos, trop souvent villes de jeux, à bruyants plaisirs, que le cardiopathe trouve le calme et la quiétude si nécessaire au rétablissement de sa santé.

Au risque d'être accusé de prétendre aux affirmations paradoxales, je pense qu'au contraire les stations pour cardiaques doivent être des endroits où l'on ne s'amuse guère, où l'on puisse, sans trop d'ennui, se reposer en silence. Repos du corps, repos de l'esprit, repos de la pharmacie ; telle est la triple alliance qui, elle, peut donner beaucoup de paix au cœur.

Indications et contre-indications. — Une expérience de plus de dix ans me permet de les poser nettement.

Les trois indications principales sont les suivantes :

1° Les cardiopathies valvulaires rhumatismales, surtout chez les jeunes sujets, menacés de poussées ultérieures de rhumatisme, à la période de compensation et à la période d'hyposystolie, lorsqu'il existe un peu d'insuffisance cardiaque caractérisée par de l'œdème prétibial, de l'oligurie, des stases vésiculaires légères, hépatique et pulmonaire. Ce traitement peut éloigner longtemps l'administration de la

Digitized by Google

digitale, médicament héroïque, dont l'effet pour être constant doit être prudemment ménagé.

2° Les troubles fonctionnels cardiaques, palpitations des jeunes sujets atteints de pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance ; les palpitations d'origine périphérique par angio-spasmes, l'angine de poitrine hystérique, les névroses cardiaques, et particulièrement la maladie de Basedow, qui se trouve si bien des douches écossaises, l'angine de poitrine vaso-motrice.

3° La période d'hypertension artérielle ou de pré-sclérose caractérisée par un peu d'excitation cardiaque, un retentissement diastolique au niveau du 2e espace intercostal droit, un pouls vif et vibrant, et une tendance à la polyurie.

Les prescléreux se trouvent bien surtout d'une cure associée, externe et de boisson : Evian complète très heureusement dans ces cas le traitement de Bourbon. Mais dès que cette période de début est passée, que l'aorte est un peu dilatée, que le retentissement diastolique devient dangereux, que les sous-clavières sont surélevés ; à plus forte raison, quand la tachycardie ou la tachyarythmie apparaissent, quand on perçoit un bruit de galop même en l'absence d'albuminurie, le traitement rénal seul convient, et la balnéation doit être sévèrement prescrite ou très prudemment administrée. Là où le traitement complexe de Bourbon-Lancy échoue ou ne donne que de médiocres résultats, le régime alimentaire, la théobromine, la cure d'Evian, donnent des résultats tout à fait remarquables.

Les contre indications sont : la période aiguë de l'endocardite, de la péricardite et de la myocardite ; la période d'asystolie confirmée avec œdèmes considérables, congestions hépatique et pulmonaire, la thrombose cardiaque ; les cardiopathies artérielles, sauf tout à fait à leur début, les dilatations aortiques, la cardio-sclérose avancée, l'angine de poitrine coronarienne, les anévrysmes de l'aorte et des gros troncs artériels.

En résumé, cardiopathies rhumatismales et troubles fonctionnels cardiaques constituent au plus haut point les indications majeures du traitement hydro minéral. — H. Huchard.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr Méry.

La maladie de Little. — M. le Dr Méry présente un enfant de 5 ans 1/2 atteint de la maladie de Little. Cette maladie, du nom de l'auteur qui l'a le premier décrite en 1862, est aussi appelée tabes spasmodique de l'enfant. Deux grands signes la caractérisent : 1° *Une rigidité spasmodique*; 2° *la congénitalité.*

La rigidité spasmodique affecte surtout les membres inférieurs, ce n'est pas là une loi absolue. Les membres supérieurs peuvent être atteints, parfois même les yeux (strabisme), le cou (torticolis). Ce sont, pour ces dernières atteintes, des éventualités fort rares. *La congénitalité* est un second signe fort important. Il distingue la maladie de Little d'une autre affection qui a plus d'un trait de ressemblance avec elle : l'hémiplégie spasmodique infantile. Celle-ci ne survient guère que dans le cours de la première et de la deuxième année, et fait suite à des convulsions et de la fièvre.

La maladie de Little passe au contraire inaperçue dans ses débuts ; les parents ne s'en aperçoivent que par hasard, quand le bébé est en âge de marcher, ou bien quand on le met au bain. Il n'arrive pas à se tenir debout. Ses membres sont raides, ses gestes gênés.

L'enfant actuel est né à 7 mois, avant terme. Voilà une première particularité. On en relève une seconde également trouvée fréquemment à l'origine de la maladie de Little : l'accouchement difficile. Il avait fallu user du forceps et l'enfant était venu au monde en état d'asphyxie. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Les parents sont bien portants et n'ont pas eu la syphilis. La mère offre un léger cachet de nervosisme : elle est sujette aux migraines. Nourri au biberon, l'enfant va bien jusqu'à l'âge de 6 mois. A ce moment, seraient survenues des convulsions passagères suivies de perte de connaissance. Les renseignements sur ce point sont très vagues.

A 8 mois, les parents s'aperçoivent de la raideur des membres inférieurs qui n'a été qu'en s'accentuant depuis et jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Au repos, les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur la cuisse. Une adduction serrée rapproche les deux cuisses. Il est difficile de les écarter, moins toutefois qu'il y a quelques mois. Le traitement suivi a déjà donné quelque amélioration. Par contre, si les cuisses sont accolées l'une à l'autre, les jambes sont écartées et laissent un espace ovalaire entre elles, l'angle supérieur de cet espace étant rempli par l'adduction des cuisses, et l'angle inférieur par la rotation en dedans de la pointe du pied, le talon étant dirigé en dehors. M. Méry met l'enfant debout ; comme il arrive communément en pareil cas et chaque fois qu'une excitation nerveuse se produit, la rigidité augmente ; l'enfant ne s'appuie sur le sol que par ses orteils. C'est la démarche digitigrade de Déjerine. Le pied, en effet, ne peut s'appuyer que sur les orteils ; il est contracturé par rétraction des jumeaux et dans la position du varus équin, le talon étant relevé et la pointe tournée en dedans. Debout et soutenu par les aisselles, l'enfant avance gauchement, ses genoux s'entrecroisent, les pointes des pieds tournées en dedans s'accrochent l'une dans l'autre. En

Digitized by Google

outre, il se dandine (démarche de gallinacé de Déjerine), le petit malade en raison de la contracture des membres inférieurs, ne pouvant avancer que par des inflexions latérales du tronc.

Le membre supérieur est peu touché, il ne présente pas l'aspect décrit par Marie : bras rapprochés du corps comme des ailerons de volaille, avant-bras fléchi, en pronation sur le bord cubital.

Les enfants ont d'ordinaire une expression atone de la face, une certaine immobilité du masque liée à un degré plus ou moins accentué de contracture musculaire, et qui, dans les cas marqués, peut atteindre jusqu'à l'expression du rictus. Ici rien de pareil, on note simplement, vers les yeux, un léger degré de strabisme interne.

Il arrive parfois que la contracture est telle, que les petits malades ne peuvent se tenir assis sur une chaise. Ce n'est pas le cas ici, l'attitude assise est gênée, non impossible. Aussi bien cette gêne est considérable. L'enfant exécute gauchement les mouvements commandés, il n'arrive qu'avec peine à atteindre avec son pied la main qui lui est tendue.

Quant à la sensibilité, elle est normale dans tous ses modes. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. Comme dans les cas analogues, on ne trouve pas de clonus du pied. La contracture et la rétraction des muscles de la région postérieure de la jambe, s'opposent à la production du phénomène. Quant aux réflexes du membre supérieur, exagérés d'habitude, ils sont normaux ici. Notons, en dernier lieu, l'existence du signe de Babinski : l'extension des orteils par le chatouillement de la plante du pied. Il n'existe pas de troubles des sphincters ni de paralysie. C'est de la contracture, pas autre chose.

Les désordres intellectuels sont absents, peut-être existe-il quelques troubles de caractère : bizarrerie, irritabilité qu'explique l'hérédité maternelle nerveuse de l'enfant. L'apparition de troubles intellectuels indique des désordres graves : porencéphalie, sclérose cérébrale, constituant ainsi une *forme cérébro-spinale* du mal, souvent compliquée d'épilepsie, d'idiotie, de chorée, d'athétose, d'un arrêt de développement des membres inférieurs, tandis que dans la *forme spinale*, le pronostic est bien meilleur; l'intelligence est intacte, l'épilepsie rare; il n'existe ni atrophie ni arrêt de développement des membres, et le sujet va presque toujours en s'améliorant depuis sa naissance.

Le praticien ne saurait donc examiner ses malades avec trop de soin. Les troubles cérébraux existent-ils sous forme de retard marqué de l'intelligence et d'idiotie, le pronostic sera bien plus sombre que dans les cas où il n'existe que les phénomènes de contracture, le cerveau restant indemne.

Le diagnostic, facile d'ordinaire, sera fait avec le mal de Pott, où la paraplégie s'allie à la contracture, où il existe du clonus du pied et où, du reste, l'examen de la colonne vertébrale permettra souvent de reconnaître la raideur ou la gibbosité révélatrices. La sclérose en plaques et l'hystérie seront éliminées. Elles ne se montrent d'ailleurs que plus tard.

L'hémiplégie spasmodique infantile sera aisée à reconnaître quand elle est unilatérale, la maladie de Little affecte toujours les deux membres. Que la paralysie spasmodique affecte les deux côtés du corps, elle naîtra d'ordinaire plus tard que la maladie de Little et sera toujours plus prononcée aux membres supérieurs (Déjerine). La maladie de Little affectionne, comme nous l'avons vu, les membres inférieurs.

On pourrait encore songer à l'hérédo-syphilis. En pareil cas, on trouve à côté de la contracture, de la paralysie et des troubles des réservoirs, ce qui ne se présente pas dans la maladie de Little. Il est vrai que Gilles de la Tourette et Fournier ont cherché à attribuer à la maladie de Little une origine spécifique, mais leur opinion n'a pas prévalu.

Lorrain, élève de Raymond, a décrit une maladie qui se rapproche de la maladie de Little : la paraplégie spasmodique familiale. Cette maladie n'apparaît qu'à l'âge de 7 à 8 ans, et se retrouve chez plusieurs membres d'une famille. Ces signes suffisent à écarter la maladie de Little.

M. Méry fait observer avec les autres auteurs, combien l'anatomie pathologique est encore obscure. Dans la forme cérébro-spinale, prennent place des lésions graves de la zone rolandique, le plus souvent dans sa partie supérieure (porencéphalie, sclérose, atrophie, hémorrhagies cérébrales, méningées).

Dans la forme spinale on peut rencontrer des lésions médullaires (lésion primitive de la moelle entre la première et deuxième racines cervicales, Déjerine), sans participation du cerveau.

La pathogénie est également discutée. Se fondant sur la naissance prématurée des enfants dont le faisceau pyramidal est mal développé dans les naissances avant terme, M. Brissaud a admis que la maladie de Little est due à un arrêt de développement du faisceau pyramidal. Pareille théorie, très séduisante, manque du contrôle anatomique : cet arrêt de développement du faisceau pyramidal n'a pas été retrouvé à l'autopsie. Il est plus simple de songer, suite d'un accouchement difficile, à un traumatisme, à une légère hémorrhagie cérébrale ou méningée, qui ne se manifeste que par une dégénérescence du faisceau pyramidal, les symptômes cérébraux, dans la forme spinale, n'étant pas accusés faute d'une lésion suffisante.

Le traitement ne consistera qu'en moyens physiques. Tous les remèdes internes échouent, on ne les

Digitized by Google

pourrait guère prescrire que dans l'hérédo-syphilis. Mais ce n'est pas là la maladie de Little.

M. Méry divise les moyens physiques en 4 classes : 1° Les massages légers consistant en effleurages superficiels, de façon qu'ils n'augmentent pas la diathèse de contracture, plus tard seulement le pétrissage des chairs sera autorisé ; 2° Les mouvements communiqués passifs et actifs (mouvements d'extension et de flexion de la cuisse, du bassin, du genou, du pied ; l'enfant s'exercera à toucher un objet avec ses orteils); 3° Gymnastique suédoise (mécano-thérapie, mouvements sous le chloroforme); 4° Ténotomie, cette dernière étant utilisée quand toutes les autres méthodes auront échoué. Après la ténotomie, le membre sera immobilisé dans un appareil silicaté, mais non trop longtemps en raison des raideurs articulaires qui pourraient survenir.

De l'histoire de la maladie de Little, le praticien dégagera surtout ce précepte essentiel : ne pas se hâter dans la forme spinale de conclure à l'incurabilité. Une guérison complète est possible.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

L'exemple du Maître

Les incidents qui viennent de traverser le concours des Hôpitaux dépassent le cadre étroit d'une circonstance passagère. Ils atteignent une Loi plus haute qui vient d'être transgressée. Le Maître doit l'exemple : il ne l'a pas donné.

A notre époque surtout pareille négligence de sa part comporte des conséquences graves. Nombre de jeunes gens du peuple font leur entrée dans la médecine ; en y pénétrant, ils sautent plusieurs échelons de la hiérarchie sociale. Ce monde nouveau pour eux, ils s'en assimilent rapidement les habitudes et les idées ; une règle de direction, une ligne de conduite d'un nouvel ordre vont dorénavant guider leurs pas. Quel est le modèle dont ils s'inspireront, le guide qu'ils s'efforceront de suivre ? Le Maître. Celui-ci exerce un rôle social d'une portée considérable et qui se prolonge loin dans l'avenir. Les principes dont il fait cas, ce sont ceux-là dont le jeune homme se munira dans la vie. Les impressions se gravent profondément dans la vingtième année ; le prestige du Maître les renforce quand elles viennent de sa personne et qu'il s'agit des jugements portés par lui sur les hommes et les choses. Le bagage moral du Maître devient celui de l'élève. Et comme cet élève appartient à la partie la plus cultivée de la nation, celle qui par la nature de ses fonctions exerce le plus grand empire sur les esprits, il s'ensuit que toute la destinée morale d'un pays découle des enseignements puisés sur les bancs de l'Ecole.

Depuis quinze jours, on parle beaucoup des concours et de leur réforme. La question est plus élevée : ce ne sont pas les concours qu'il faut améliorer, ce sont les hommes. Il faut que les juges remplissent leur mission éducatrice et qu'ils prêchent d'exemple. Le sentiment qui exalte l'âme de la jeunesse du mouvement le plus généreux et le plus vif, le sentiment de la justice, il ne leur appartient pas de le fouler aux pieds. Leur rôle n'est pas, en meublant l'esprit, de flétrir les âmes. Dans les quatre coins de la France, qu'ils veillent à ne pas répandre des confrères qui, au contact de l'Ecole, ont perdu la notion de l'équité et de la droiture. Les arrivistes, ceux qui font litière des convenances, des égards, de l'estime dus à leurs aînés, ceux que la volonté d'une réussite à tout prix pousse à tous les écarts et à toutes les diminutions intérieures, il nous serait par trop pénible de constater que c'est sur les bancs de la Faculté qu'ils ont acquis ces complaisances de conscience et cette absence de scrupules.

Il est dangereux pour la jeunesse des Ecoles qu'elle voie des juges d'un concours mus par d'autres mobiles que ceux de l'impartialité et de la justice. La vie, sans doute, nous réserve plus d'une désillusion. Au moins, que ce ne soit pas le spectacle des intrigues de l'Ecole qui porte le premier coup ; la générosité des croyances nourries par la jeunesse, que l'exemple du Maître ne la touche pas d'une atteinte indélébile ; au regard des étudiants qui l'observent et l'imitent, que le Maître ne fournisse pas cette preuve qui ne devrait jamais être offerte par lui, du mensonge des vocables et de la faiblesse humaine. La réforme des concours, j'y consens. Elle ne vaudra toutefois qu'à une condition : qu'elle s'accompagne d'une réforme parallèle dans la conscience des juges.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Emploi de l'acide salicylique en petites quantités pour faire tolérer le lait. — M. le Pr Schmidt (de Bonn) recommande, pour faire tolérer le lait, le procédé suivant : L'acide salicylique est d'abord soigneusement agité avec une petite quantité de lait froid, puis on verse ce mélange dans le récipient contenant la provision de 24 heures, on agite de nouveau et on soumet ensuite le lait à l'ébullition. La quantité d'acide salicylique est de 0,25 à 0,50 pour le lait des 24 heures (1 litre 1/2 à 3 litres). Le lait ainsi traité ne se coagule que dans les cas où la proportion d'acide salicylique dépasserait 0,25 par litre.

M. Schmidt a eu recours au même procédé chez les nourrissons, mais on doit diminuer la dose d'acide salicylique (0,10 centigr. par litre).

Traitement de la sciatique. — M. A. Robin (Hôpital de la Pitié) préconise les injections sous-cutanées avec une solution de glycérophosphate de soude à 25 0/0 dans les points douloureux. L'injection doit être poussée profondément ; elle peut être renouvelée 2 fois dans les 24 heures. Les malades sont soulagés très vite, huit à dix injections peuvent suffire.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

La cirrhose du foie. — La cirrhose du foie surtout dans les formes hypertrophiques, est une maladie curable. Le praticien ne se laissera donc pas décourager, et l'ascite eût-elle paru, ne continuera pas moins de traiter son malade avec persévérance.

Tout d'abord il instituera le régime lacté d'abord exclusif, puis au bout de quelques semaines, et même plus tard et seulement au bout de plusieurs mois, si le malade ne s'affaiblit pas, au régime lacté il adjoindra l'usage de quelques potages au lait. La quantité de lait sera d'au moins 3 litres : de 7 h. du matin à 10 h. du soir, toutes les 3 h. un 1/2 litre de lait mêlé d'eau de Vichy ou d'une cuillerée d'eau de chaux à boire par petites gorgées.

Le traitement médicamenteux consistera en laxatifs légers et décongestionnants du foie. Pendant 8 jours de suite, à jeun, un paquet de calomel :

Calomel	2 à 3 centigr.
Lactose	0 gr. 50

Pour 1 paquet. — F. paq. n° 15.

En même temps et pour éviter la salivation, gargarismes de chlorate de potasse (une cuillerée à café par verre d'eau, 3 fois par jour).

Les 15 jours suivants, le malade remplacera le calomel par le sel de Carlsbad :

Sel Carlsbad	1 flacon

Une cuillerée à café à jeun dans un verre d'eau chaude.

Ou bien par le sel de Seignette, une cuillerée à café à jeun dans un verre d'eau, uni ou non au bicarbonate de soude :

Sel Seignette	80 grammes
Bicarbon. soude	40 —

Au bout de 15 jours de cet usage d'un léger laxatif dont on diminuera la dose s'il produit un effet diarrhéique trop marqué, on reviendra au calomel et ainsi de suite pendant plusieurs mois.

Des massages seront pratiqués sur le ventre. M. Huchard et son élève Piatot ont démontré l'action diurétique du massage abdominal. Les doigts des deux mains entrecroisés on pratiquera doucement tous les jours pendant 10 minutes, des frictions douces et en travers du ventre avec la pommade suivante :

Teint. scille	àà	5 grammes
— digitale		
Lanoline	àà	20 —
Vaseline		

Ou bien :

Teint. genièvre	àà	2 gr. 50
— scille		
— quinquina		5 grammes
Lanoline	àà	20 —
Vaseline		

Les formules peuvent être variées à l'infini, à condition de ne pas dépasser la dose de 10 gr. ou 15 gr. de teinture pour 40 gr. d'excipient. Dans cet excipient, mettre toujours de la lanoline, le mélange s'opérant mieux.

Enfin dans le jour et si le malade s'impatiente, on lui pourra fournir des potions diurétiques.

Oxymel scillitique	30 grammes
Acétate de potasse	4 —
Nitrate de potasse	2 —
Décoction de baies de genièvre	120 —
Sir. cinq racines	30 —

A prendre dans l'après-midi : une cuillerée toutes les demi-heures. — K. S.

CLINIQUE MÉDICALE

Les angines pseudo-membraneuses de la syphilis et l'angine diphtérique. — La bactériologie sans doute a facilité le diagnostic des angines membraneuses, elle ne lève pas toutes les difficultés. L'identité est absolue de certaines syphilides bucco-pharyngées à fausses membranes et de la diphtérie, et des bacilles de Lœffler peuvent être rencontrés dans des angines pseudo membraneuses syphilitiques. M. Petges vient d'étudier cette question (*Arch. Méd. et ph. milit.*, avril.) Il cite deux sortes de confusion possible : 1° les cas où l'on a incriminé à tort la diphtérie, c'était de la syphilis ; 2° les cas où l'on a porté le diagnostic de syphilis. C'était de la diphtérie.

Il n'est pas grave de songer à la diphtérie quand il s'agit de syphilis; les injections de sérum sont inoffensives. Mais il est dangereux de commettre l'erreur contraire, de méconnaître une diphtérie et de croire à la syphilis. Or, cette erreur qui a été commise par les maîtres les plus éminents, risque d'entraîner la mort, par l'oubli qu'elle autorise de pratiquer une injection de sérum.

Comment faire le diagnostic? Le chancre amygdalien peut fort bien simuler la diphtérie. Il prend volontiers l'aspect membraneux, s'accompagne souvent de fièvre, de dysphagie, de fétidité de l'haleine; l'unilatéralité n'est pas toujours un signe sûr de diagnostic; la lésion primitive peut donner naissance

Digitized by Google

à des infections buccales, qui de proche en proche, atteindront une grande partie du pharynx. Il est fort difficile au praticien de se reconnaître. L'induration de la plaie amygdalienne lui sera d'un grand secours pour le diagnostic du chancre. Dans la période secondaire, l'unilatéralité manque. Le début de l'angine syphilitique secondaire, comme à la première période et comme aussi dans l'angine diphtérique, peut être brusque, avec phénomènes aigus. Des fausses membranes peu épaisses et très étendues peuvent occuper les deux amygdales, le larynx, la luette, et reposent sur une muqueuse qui les enchatonne fortement. Enlevez ces membrannes : une muqueuse saignante, ulcérée reste à nu. L'adénopathie est la règle, la guérison lente.

Les antécédents, les commémoratifs pourront aider le praticien à se tirer d'embarras. Mais seule la bactériologie pourra donner une quasi-certitude. La présence des bacilles de Lœffler dans la syphilis est exceptionnelle et ils ne se rencontrent jamais en grande quantité. Une culture à bacilles de Lœffler abondants dénoncera donc à peu près certainement une diphtérie.

M. Petges fait aussi le diagnostic avec l'angine à bacilles fusiformes de Vincent ; des malades atteints d'angine de Vincent ont été traités comme syphilitiques ; la ressemblance est frappante (Niclot et Marotte). L'ensemencement est indispensable pour pour décider en connaissance de cause.

Ictère et coliques hépatiques par déplacement du rein droit. — Hors de la présence de tout calcul biliaire, le rein droit flottant peut déterminer une obstruction biliaire dont il faut connaître à la fois l'existence et le mécanisme pour y apporter remède.

A d'autres cas analogues J. Hutchinson en ajoute deux dans *The Practitioner* de février 1902. Ils concernent deux femmes âgées de moins de 30 ans. La première a souffert à 25 ans de coliques hépatiques attribuées à un calcul biliaire et depuis deux ans elle ressent des douleurs dans la région du foie à l'occasion de n'importe quel effort et après les repas. Elle a beaucoup maigri. Un deuxième ictère s'est produit récemment et a disparu lorsqu'elle se présente à l'hôpital. A son entrée elle présente dans l'hypochondre droit une masse douloureuse qui émerge de la face inférieure du foie, au-dessous du 9e cartilage costal, et descend jusqu'à la ligne ombilicale transverse. On suppose qu'il s'agit d'une vésicule biliaire distendue par des calculs. Le rein droit est mobile. Lors d'une première opération, on reconnaît que la masse perçue n'est autre qu'un prolongement du foie au-dessous duquel flotte librement le rein droit. D'anciennes adhérences réunissent le côlon et le duodenum à la face inférieure du foie ; en arrière de ces adhérences disséquées et rompues se trouve la vésicule biliaire rétractée, grosse et dépourvue de calcul ; la cavité presque oblitérée contient du muco pus et sa paroi hypertrophiée mesure un centimètre et demi d'épaisseur.. Pas de calcul dans le canal cystique.

Quinze jours après on pratique la néphropexie. La malade guérit rapidement de ces deux interventions et quitta l'hôpital ne souffrant plus. Sa santé s'est grandement améliorée depuis et elle a gagné du poids.

La deuxième malade ressentait depuis longtemps des douleurs dans la région du foie, et vomissait. Elle arrive très amaigrie, atteinte depuis un mois d'un ictère modéré. Ses selles sont blanches et ses urines bilieuses. Au-dessous du foie existe une tumeur arrondie qu'on prend pour une vésicule biliaire distendue et qu'une laparotomie démontre être un rein droit flottant. La vésicule et le canal cystique sont normaux ; sur le champ on pratique la néphropexie lombaire.

La bile disparut de l'urine en 10 jours et les fèces se colorèrent normalement.

Bonne santé depuis l'opération faite depuis un an.

Ces observations jointes à quelques autres démontrent l'importance du diagnostic du rein flottant, qu'il soit isolé ou associé à l'hépatoptose ; elles établissent son rôle dans la production de l'ictère par le mécanisme de l'obstruction des voies d'écoulement de la bile et permettent même de supposer qu'il peut n'être pas étranger à la formation des calculs biliaires.

Comment se produit cette obstruction ?

Weisker l'attribue à l'étranglement du col de la vésicule biliaire par un repli péritonéal hépato-rénal qui se tend par l'effet de la ptose du rein. Plusieurs dissections faites par l'auteur, d'autres exécutées par Keith sur des sujets atteints de ptose rénale et hépatique, établissent l'inexistence de ce repli chez les individus normaux aussi bien que chez ceux dont le rein a perdu sa fixité.

Il faut donc chercher une autre explication. L'auteur croit la trouver dans plusieurs faits, qu'il classe dans l'ordre suivant :

1° Déplacement simultané de la portion descendante du duodenum et du rein droit — on sait que cette portion du duodenum adhère souvent intimement à la face antérieure du rein droit avec laquelle elle est en rapports normaux, — ce déplacement entraîne l'étirement du canal cholédoque qui s'y abouche ; 2° déplacement de la vésicule biliaire et, consécutivement, coudure à angle aigu du canal cystique (ptose hépato-rénale) ; 3° Torsion de la por-

Digitized by Google

tion descendante du duodenum et torsion possible, consécutive, du canal cholédoque.

Ces cas sont à rapprocher de celui qu'a publié récemment H. Bramwells (*British médical*, J. 1901) concernant une jeune femme atteinte de ptose rénale droite. Le rein tiraillait tellement la première portion du duodenum qu'il en résulta une dilatation de l'estomac suivie de mort. Le seul traitement de ces accidents hépatiques réside dans la néphropexie qui supprime leur cause productrice. — E. B.

SYPHILIGRAPHIE

La syphilis héréditaire précoce. — Il est extrêmement important que le praticien ait gravé dans son esprit les signes de la syphilis héréditaire précoce. Il doit voir les lésions syphilitiques où elles existent, mais il ne doit pas prendre pour de la syphilis ce qui n'en est pas. Comme le rappelle M. Ivanoff (*Th. Montpellier 1901*), il ne s'agit pas de confondre avec la syphilis certaines lésions et éruptions cutanées (papules avec fissures ano-génitales, ulcérations de la bouche, de l'anus), qui siègent sur les régions malpropres ou qui sont le siège de frottements. Ces lésions offrent souvent l'aspect d'accidents syphilitiques, et le diagnostic peut être fort difficile. Le praticien se souviendra que les éruptions cutanées syphilitiques ont une teinte violacée et qu'elles accompagnent d'autres signes qui lèvent le doute. La face est ridée, vieillote, il existe un coryza qui se concrète en croûtes jaunes ou verdâtres à l'entrée des narines; des bulles de pemphigus à la paume des mains et à la plante des pieds, des syphilides papuleuses encore ailleurs qu'aux plis fessiers, et ailleurs que dans les régions qui sont le siège de frottements. On en trouve aux cuisses, aux genoux, exceptionnellement à la face, sous forme de plaques circulaires d'un centimètre de diamètre et même plus, d'un rouge sombre. Ces papules ont une surface plane ou déprimée à leur centre et cerclée d'un bourrelet périphérique. De petites écailles furfuracées recouvrent ces surfaces entourées d'une collerette épidermique. Les testicules sont volumineux, durs comme des billes et indolores. Les signes généraux bien souvent mettront sur la voie. L'athrepsie, la diarrhée, les vomissements d'origine inconnue doivent faire soupçonner l'hérédo-syphilis. Le traitement consistera avant tout dans la médication mercurielle. Le remède ne provoque pas de troubles gastro-intestinaux; très souvent c'est un utile adjuvant contre les diarrhées rebelles.

La voie buccale sera d'ordinaire employée. Le calomel à la dose de 1 à 4 centigr. est un médicament spécifique, mais c'est un purgatif nuisible pour des enfants déjà affaiblis par la maladie. Le bichlorure de mercure administré sous forme de liqueur de Van Swieten, semble le meilleur remède. M. Baumel, à Montpellier, prescrit :

Jusqu'à un an,

Liqueur de Van Swieten....	20 gouttes
Eau distillée.....	20 grammes

Jusqu'à deux ans,

Liqueur de Van Swieten....	40 gouttes
Eau distillée.....	20 grammes

en 4 fois dans du lait sucré toutes les 6 heures; si l'enfant tête, la solution sera donnée avant la tétée. Les injections sous-cutanées, en raison des douleurs qu'elles provoquent, doivent être rejetées. Moncorvo avait employé l'huile grise et le sublimé, par cette voie, à la dose de 1 à 2 milligrammes. Quant aux frictions mercurielles, on pourra les employer au pli du coude, à l'aine, au creux poplité avec l'onguent napolitain à la base de 1 à 2 gr. matin et soir. Toutefois, il faut avoir soin de laver quelques heures après, les endroits où on fait ces frictions, dans la crainte d'une inflammation cutanée due au mercure. Les menaces d'accidents tertiaires seront traitées par le sirop de Gibert à la dose d'une 1/2 cuillerée à café par 24 heures, dans un peu d'eau.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Opérations économiques sur le pied. — Dans le cas de lésions cutanéo-osseuses, soit traumatiques, soit pathologiques rendant impossible l'opération de Chopart par insuffisance du lambeau plantaire, notre dernière ressource est-elle la désarticulation tibio-tarsienne? Entre ces deux opérations n'y a-t-il pas place pour de nombreuses interventions donnant les unes des résultats médiocres, les autres des résultats excellents? Telle est la question que se pose M. H. Brissart (*Thèse Paris* 1901), et qu'il résout en faveur de l'opération de Ricard.

L'incision circonscrit deux lambeaux, dont la longueur variera suivant la peau dont on dispose, et dont le plantaire sera, si possible, le plus long, afin d'avoir une cicatrice haut située. L'incision plantaire, faite d'emblée à fond, part du sommet de la malléole externe oblique en avant et en bas en décrivant une convexité antérieure croise le bord externe du pied devant le sommet de la tubérosité du cinquième métatarsien, traverse la plante, franchit le bord interne à un doigt devant la tubérosité du scaphoïde, remontre symétriquement en arrière et finit à 1 centimètre devant le sommet de la malléole interne. L'incision dorsale, menée à fond, con-

Digitized by Google

vexe en avant, tombe sur l'incision plantaire à 2 centimètres en avant de ses points d'origine ou de terminaison. Les deux lambeaux sont disséqués, le plantaire jusqu'à l'interligne calcanéo-cuboïdien, le dorsal jusqu'à l'interligne tibio-tarsien.

Désarticulation médio-tarsienne ordinaire, de façon à faire un temps spécial de l'extraction de l'astragale.

La tête de l'astragale est alors saisie avec le davier de Farabeuf, et le couteau sectionne d'abord le ligament inter-osseux, puis, mis de champ, le tranchant en bas, il dénude les flancs de l'astragale en respectant les ligaments calcanéo-malléolaires ; enfin la section du ligament astragalo-calcanéen postérieur et le dégagement du fléchisseur propre du gros orteil permettent d'amener complètement l'astragale déjà à moité luxé.

On place alors le calcanéum dans la mortaise. Parfois il s'y loge facilement ; le plus souvent pour l'y faire pénétrer on est obligé d'abattre la petite apophyse ou sustentaculum.

On termine enfin par le temps essentiel de l'opération qui est la coaptation solide des tendons antérieurs de la jambe aux tendons postérieurs et plantaires, dans le but d'obtenir une sangle musculo-tendineuse capable de maintenir le calcanéum dans son attitude et de lutter contre la rétraction du tendon d'Achille.

Les avantages de l'opération de Ricard sont les suivants :

Le manuel opératoire est facile, et le tracé du lambeau réclamant peu de parties molles, permet de l'employer dans les cas de lésions très étendues. Le moignon est formé par un épais coussin talonnier dont la nutrition est assurée par la conservation dans la gouttière calcanéenne du paquet vasculo-nerveux intact. Enfin l'énorme avantage de l'opération de Ricard sur les opérations ostéo-plastiques est le fait qu'il y a sous la jambe un calcanéum mobile jouissant de mouvements de flexion et d'extension sous l'influence des contractions des muscles de la jambe qui conservent leur activité et ne subissent pas d'atrophie.

« L'astragale, voilà l'ennemi dans l'opération de Chopart. » L'enlever c'est réhabiliter une opération qui est abandonnée en Allemagne et en Angleterre, et qui n'est même plus enseignée dans les écoles en Amérique, et cela avec d'autant plus de raisons que les blessés de la guerre hispano-américaine, amputés par le Chopart pur, après avoir gardé pendant quelque temps un moignon douloureux, ulcéré, sont venus demander à une opération complémentaire un moignon utilisable. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement par la thérapeutique oxydante. — Si l'arthritisme est causé par un ralentissement de la nutrition, les auteurs ne sont pas d'accord sur la cause de ce ralentissement ; les uns ont admis une déviation primitive de la cellule nerveuse (Cullen, Braun, Gueneau de Mussy, etc.); les autres, un état constitutionnel caractérisé par une viciation de tout l'organisme (Hoffmann, Sydenham, Bouchard, etc.), ou simplement du tissu conjonctif rénal (Forbes, Garrod), hépatique (Claude Bernard, Glénard, etc.).

Le ralentissement de la nutrition chez les arthritiques est lié à l'absence des ferments oxydants qu'on appelle oxydases. Celles-ci prennent l'oxygène qui a été apporté par l'hémoglobine et le transportent sur les composés chimiques facilement oxydables de la nutrition. Il existe des oxydases différentes exerçant leur action les unes sur les albuminoïdes, les autres sur la glucose, les autres sur les graisses et qui n'ont aucun rapport entre elles.

Partant de ces données, M. E. Fiquet (*Presse Méd.*, 21 mai 1902), trace la thérapeutique de l'arthritisme. Aux remèdes qui dissolvent l'acide urique et facilitent son élimination, il reproche leur inconstance (lithine, pipérazine, lycétol, lysidine, acide salicylique, acide benzoïque, etc.), tous ces agents ne s'attaquent pas à la cause de la maladie.

Le bicarbonate de soude jouit d'une efficacité plus sérieuse. Mais il ne faut pas seulement attribuer son succès à une action dissolvante sur l'acide urique, il faut aussi tenir compte de ce fait, que les alcalins sont de puissants agents d'oxydation.

D'autres médicaments ont une action très efficace et parmi ceux-ci, l'auteur cite surtout les ferrugineux. En Allemagne, les goutteux sont traités avec succès aux eaux ferrugineuses de Pyrmont et de Schwalback. En France et aux siècles derniers on envoyait les malades à Forges les-Eaux. L'auteur range dans le groupe des affections liées au ralentissement de la nutrition, le diabète; il semble que pour cette dernière maladie, l'accord soit loin d'être fait. La plupart des auteurs rattachent plutôt le diabète à une surproduction de sucre, qu'à un défaut dans sa consommation, et la chimie et la thérapeutique se montrent d'accord avec ce dernier camp.

Si les ferrugineux favorisent les oxydations, c'est qu'ils se conduisent dans l'économie comme des oxydases ; en outre, ils régénèrent l'hémoglobine et, en tonifiant le système nerveux, augmentent indirectement l'activité des oxydases naturelles. Les ferrugineux activent à la fois la combustion des hydrates de carbone et des albuminoïdes. Sous leur action, l'acide urique diminue dans les urines, l'urée augmente.

Digitized by Google

Par conséquent, le traitement des maladies par ralentissement de la nutrition consistera surtout dans l'emploi des alcalins et des ferrugineux. Mais lorsque les alcalins sont administrés à dose trop élevée, ils provoquent au bout d'un certain temps la déglobulisation du sang qu'on a désignée sous le nom de cachexie alcaline. Cet inconvénient, on ne l'observe pas avec le traitement ferrugineux. Il conviendra donc d'alterner les deux traitements.

Si l'on veut employer la médication hydrominérale et obtenir des effets immédiats, on peut avoir recours aux eaux alcalines, telles que Vichy; mais s'il s'agit de modifier un état général, il est préférable de faire usage des eaux ferrugineuses (Forges-les-Eaux par exemple).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le pied de Madura. — M. Laveran. C'est le nom de mycétôme qui devrait être attribué à cette singulière maladie ; car elle existe en dehors de Madura. Le début se fait par une tumeur, puis la tumeur s'ulcère et donne issue à des grains noirs ou pâles, au gré de la variété morbide qui est en jeu, car il existe le mycétôme à grains noirs et le mycétôme à grains pâles. Des observateurs avaient rattaché le premier à une origine bactérienne et le second, le mycétôme à grains pâles, ils le faisaient dépendre d'un champignon.

M. Laveran a examiné les pièces venant d'un Soudanais qui avait été amputé de la jambe pour une semblable affection. Deux tumeurs recouvraient la face plantaire de son pied. L'examen des coupes durcies et colorées montra l'existence d'un champignon infiltrant les tissus malades au moyen de filaments mycéliens très longs, composés d'articles inégaux. La maladie était un mycétôme à grains noirs. On ne saurait donc rattacher cette variété de mycétôme à une origine bactérienne : c'est un champignon qui en est la cause et qui crée les deux espèces morbides, celle à grains blancs et celle à grains noirs.

— M. Laborde présente un appareil de traction automatique de la langue. En outre, il communique à l'Académie une observation de M. Delbet où les tractions rythmées de la langue ont ranimé une opérée qui faillit succomber à des accidents chloroformiques graves.

— M. Kermorgant lit un rapport sur l'administration sanitaire de Madagascar, et rend hommage au talent d'organisateur déployé par le général Galliéni.

— M. Courtade lit une note sur la fonction respiratoire du rhino-pharynx, examinée au moyen du pneumodographe. (*24 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'achondroplasie.—L'achondroplasie était jadis considérée comme du rachitisme fœtal. MM. H. Méry et R. Labbé, J. Comby en rapportent chacun une observation. Le malade de MM. Méry et Labbé, âgé de 12 ans, se caractérisait à la fois par l'exiguité de la taille et l'aspect court et épais des membres, comparé à la hauteur du tronc qui était normale. Le petit malade de M. J. Comby était âgé de 5 ans. La tête était énorme et la taille petite; les membres étaient très courts. On attribue la maladie à une dystrophie de cause générale. S'agirait-il de désordres d'origine thyroïdienne? Le corps thyroïde est le plus souvent normal (Marie). M. Méry a ordonné le traitement thyroïdien sans succès.

Syndrôme syringomyelique (amputations spontanées des doigts, thermo anesthésie), chez un homme de 31 ans, hystérique et tuberculeux. — MM. Launois et P. Roy. Le malade qui présenta ces mutilations spontanées de l'index et du médius gauche, montrait en outre des exostoses sur différents points du squelette. Les troubles de la sensibilité étaient très prononcés, il y avait hémi-anesthésie sensito-sensorielle à gauche. Il existait en outre des lésions bacillaires dans le poumon gauche. Les auteurs admettent l'hystérie et la tuberculose associées comme cause de ce syndrôme morbide. Dans la syringomyélie, il y a en effet dissociation dans les abolitions de la sensibilité, de la scoliose, de l'atrophie musculaire. Rien de tel n'existait dans le cas présent. On aurait encore pu songer à la lèpre (forme atténuée).

Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis et certaines maladies nerveuses. (Tabes, paralysie générale.) — M. H. Dufour. L'auteur confirme les recherches de Babinski : rapports étroits qui unissent la syphilis et le signe d'Argill-Robertson.

Un cas de gangrène symétrique des extrémités au cours de la fièvre typhoïde. — M. J. Belin. Femme de 22 ans atteinte de fièvre typhoïde ; au douzième et treizième jours de la maladie, accidents de syncope et d'asphyxie locale aux membres supérieurs et inférieurs. Rapidement les accidents de syncope locale développés aux orteils ont disparu. Mais les désordres vaso-moteurs de la main se sont terminés par gangrène. La mort est survenue dans la quatrième semaine. Selon l'auteur, la maladie de Raynaud n'est qu'un syndrôme rencontré dans beaucoup d'états pathologiques infectieux, toxiques ou autres.

Abcès du cerveau. Sinusites frontales et ethmoïdales d'origine grippale. — M. J. Belin. Homme de 24 ans. Suite de grippe. Abcès du cerveau et abcès orbitaire consécutif à l'inflammation des sinus de la face. Les signes cliniques étaient restés très vagues.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Suture de l'intestin perforé au cours de la fièvre typhoïde. — Un homme de 29 ans est traité pour fièvre typhoïde par les injections du sérum de Chantemesse. Le 27e jour, après deux jours de selles sanglantes, alors que la température étant presque normale et le pouls à 100, on considérait la maladie comme évoluant définitivement vers la guérison, la scène change brusquement. A midi 39°.3, pouls à 106; à 1 heure, douleur abdominale brusque, vive sans localisation; à 4 heures, défense musculaire considérable. A 9 heures, c'est-à-dire 8 heures après l'apparition de la douleur, M. Chevalier pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales sont infectées et les derniers centimètres de l'iléon recouverts d'exsudats blanchâtres et mous de péritonite récente; à 15 centimètres du cœcum sur le bord convexe de l'iléon est une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle siégeant sur une plaque de Peyer largement indurée qu'on perçoit à travers les tuniques de l'intestin. Double plan de suture de la perforation sans essuyer ni laver l'intestin; large drainage par deux tubes de caoutchouc et une mèche de gaze. Guérison après un mois de température au-dessus de la normale et de pouls entre 100 et 110.

Dans le même service de M. Chantemesse, un homme de 20 ans est traité pour fièvre typhoïde par le même sérum. Dans la nuit du 15e au 16e jour après avoir eu à deux reprises les jours précédents du sang dans les selles, le malade ressent une douleur abdominale assez localisée rapidement atténuée par des applications de glace. Température 39°,7 à 3 heures du matin, 39°,8 à 6 heures, le pouls de 88 est monté à 106. M. Chevalier prévenu opère à 11 heures, c'est-à-dire 10 h. 1/2 après le début des accidents. Pus crèmeux, anses intestinales rouges, exsudats membraneux sur plusieurs points; à 25 centimètres de la valvule iléo-cœcale perforation de la grosseur d'une tête d'épingle siégeant sur une plaque de Peyer indurée. Double suture de la perforation, pas de lavage, drainage. 18 jours après la température est à la normale, au bout d'un mois la plaie est fermée.

Deux réflexions sont faites par M. Bazy, rapporteur : 1° Importance de faire un diagnostic précoce qui sera basé sur la continuité et l'intensité de la douleur, l'élévation brusque et inattendue de la température, la défense musculaire; 2° Possibilité probable pour le sérum de Chantemesse de créer des conditions de résistance plus favorables.

Kyste hydatique du rein droit. — Une malade de 34 ans, syphilitique, irrégulièrement réglée, a constaté depuis 1 an l'augmentation de volume du ventre, et depuis 8 mois une tuméfaction arrondie dans l'hypochondre droit. L'examen révèle une tumeur lisse arrondie régulière s'étendant en bas à 5 centimètres au-dessous de la ligne ombilicale, en dedans à 3 centimètres au delà de la ligne médiane, nettement séparée en haut du bord tranchant du foie, et ayant le contact lombaire en arrière. Le volume est celui d'une tête de fœtus à terme, la consistance renittente et le contenu manifestement liquide. M. Terrier pose le diagnostic de kyste hydatique de la face inférieure du foie, étant donné qu'il manque deux signes habituels de kyste hydatique du rein : l'élimination d'hydatides par l'uretère et l'absence de la bande de sonorité que donne le colon en s'interposant entre le rein et la paroi abdominale antérieure. Par laparotomie sur le bord externe du grand droit du côté droit, on tombe sur le kyste recouvert par le feuillet péritonéal postérieur qu'il soulève; au pôle inférieur sans remonter sur sa face antérieure, le colon transverse décrit son angle droit; au-dessus de la tumeur, mais sans aucune connexion avec elle, le bord antérieur du foie. On incise verticalement le feuillet péritonéal postérieur et l'incision est poursuivie en bas toujours verticalement dans le même colon transverse, suivant une étendue de 6 centimètres. Le kyste peut être alors décortiqué sauf en haut, où il se continue avec le parenchyme rénal. Grâce à la compression digitale du pédicule rénal on pratique sans hémorrhagie l'amputation du pôle inférieur du rein et du kyste qui y est appendu. Suture par trois fils de soie profonds traversant tout le parenchyme, et par d'autres fils plus fins prenant uniquement la capsule fibreuse. La suture est étanche Réduction du rein dans sa loge. Drainage. Guérison. En rapportant cette observation, M. Terrier fait remarquer que la résection partielle du rein dans le cas de kyste est l'opération idéale de beaucoup supérieure à la méthode de Delbet, à la néphrostomie et à la néphrectomie totale. Il rappelle encore qu'il importe, pour éviter l'ensemencement du péritoine par les hydatides d'opérer sur la tumeur sortie du ventre, de protéger soigneusement toutes les parties voisines par plusieurs rangs de compresses. Enfin, s'il est indispensable de ponctionner le kyste pour en diminuer son volume et permettre son extraction, M. Terrier pense qu'il est bon d'injecter dans le kyste, par le trocart resté en place, une solution de sublimé qui aura pour avantage de détruire les hydatides, si bien, que s'il se fait une déchirure accidentelle au cours de la décortication souvent laborieuse, la greffe ne pourra avoir lieu.

M. Bazy donne une observation de kyste hydatique du rein, où l'ablation du kyste ayant laissé le rein découvert jusqu'au niveau du bassinet, il rabattit les deux moitiés du rein d'avant en arrière, et les sutura ensemble par un point au catgut. Il rappelle que, d'après ses recherches, les branches de l'artère rénale sont toutes des *branches terminales* et, par conséquent, la ligature de l'une d'entre elles entraîne le retrait et l'atrophie de la portion du rein qu'elle irrigue.

M. Potherat considère qu'en présence d'un diagnostic hésitant entre kyste du rein ou kyste du foie, la présence dans les urines de sels biliaires le plus souvent facilement décelables par le Gmelin, mais qu'on ne retrouve parfois que par une analyse chimique plus délicate, tranche la question en faveur de la localisation hépatique. — R. B.

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

I. **Concours de médecine des hôpitaux.** — Pour la dernière fois, parlons de ce concours devenu fameux, après la démission de deux juges, MM. A. Robin et Landrieux qui a ainsi confirmé notre lettre ouverte à M. le directeur de l'Assistance publique (Voir *Journal des Praticiens* du 31 mai 1902, page 352).

La question est posée : un certain nombre de juges peuvent-ils, à l'exclusion de leurs autres collègues, tenir une réunion secrète avant l'ouverture du concours ? A cela, deux réponses ont été faites :

1° « On a bien le droit de se réunir quand et comment on veut. » Sans doute, ai-je répondu, comme on a le droit de se présenter, chapeau sur la tête, dans un salon, et je répète, avec la même fermeté, *qu'une réunion clandestine organisée à l'exclusion de cinq ou six collègues, avant le concours, constitue un acte anti-amical pour ces collègues et un acte immoral pour le concours lui-même.* Vous aviez le droit d'accomplir cet acte, puisque le règlement est muet à ce sujet, mais vous aviez le devoir de ne pas vous y associer, et de ne pas former une sorte de coalition, surtout avant les opérations du concours.

2° La seconde réponse a été fournie par un journal qui n'a pas craint d'écrire : « Quant à l'entente des juges, il est difficile de la définir ; *les nominations sont faites par une majorité* (sic) ; généralement les majorités se composent de gens qui jugent de même et par conséquent *s'entendent entre eux* (sic) ; je ne vois pas qu'il puisse en être autrement pour les nominations dans les hôpitaux que pour toute autre nomination par votes. » — Or, mes chers lecteurs, que dites-vous d'un concours où « les nominations sont faites par une *majorité* composée de gens qui *s'entendent entre eux?* » On l'avoue, et je ne le fais pas dire. N'insistons pas sur ce gros pavé...

En présence de cette anarchie, il y a deux choses à faire : 1° une enquête sur les opérations du dernier concours ; 2° la réforme des concours.

Sur ce dernier point, nous sommes tous d'accord, et nos protestations auront déjà eu pour résultat de provoquer cette réforme que l'on étudie en ce moment. On va beaucoup et inutilement parler, et c'est pour cela que je m'abstiendrai d'assister aux séances de la Société médicale des hôpitaux où cette question sera traitée. Il est préférable d'agir. Il y a des réformes grotesques que l'on propose et qui tendent à escamoter le concours (1re épreuve sur titres, jugée par 21 membres désignés par la Société médicale des hôpitaux ; 2e épreuve « pratique » où même on proposerait de fournir au candidat le diagnostic du jury !). Passons, et n'en parlons plus...

De nouveau, ne nous jetons pas dans l'inconnu, et revenons au concours d'autrefois où la première épreuve était une épreuve de *diagnostic*, ce qui permettait d'éliminer avec plus de sûreté et de justice tous les candidats ayant commis une erreur. La seconde épreuve était une *question orale*. La troisième épreuve serait celle de *consultation* d'un ou deux malades. Peut-être pourrait-on instituer une quatrième épreuve : examen des titres scientifiques des candidats et votes de toute la Société médicale des hôpitaux convoquée en réunion plénière...

On voit que je ne parle pas de la *composition écrite* qui n'était qu'une simple formalité dans l'ancien concours, et à juste raison ; car, je défie de juger équitablement 60 copies qui se ressemblent plus ou moins, et du reste cette épreuve, tour de force de mémoire, diversement interprétée par les juges, a une importance fort discutable.

D'autres réformes doivent être encore accomplies, et je ne fais que les indiquer : 1° un jury différent pour chaque épreuve ; 2° limitation du nombre des membres de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine, parce qu'ils possèdent une *double* influence ; 3° affichage des diagnostics portés par le jury ; 4° suppression du vote secret ; 5° admissibilité acquise après cinq admissibilités.

Telles sont mes propositions. Je n'irai pas les défendre ; elles se défendent d'elles-mêmes, et j'appelle l'attention sur l'une d'elles, peut-être la plus importante, pour des raisons multiples que tout le monde comprendra : *la limitation du nombre des membres de la Faculté ou de l'Académie* (pas plus d'un agrégé, d'un professeur et d'un académicien sur sept juges).

II. **Le « sérum de Trunecek » et la « poudre minérale ».** — Décidément, il y a de l'électricité dans l'air, et certaines questions auxquelles il convient de garder toujours un caractère scientifique, ont le don d'exciter certaines passions. J'ai dit et je répète que le « sérum de Trunecek » est une illusion thérapeutique de plus. Maintenant, voici une « poudre minérale » ingénieusement imaginée par M. Léopold Lévi. Des résultats thérapeutiques, vraiment extraordinaires, sont annoncés par la prise d'un ou deux cachets renfermant moins d'un gramme de sel marin, de 0,10 centigr. de sulfate de soude, de 0,06 centigr. de phosphate de chaux et de magnésie, de 0,03 cent. de carbonate et de phosphate de soude. Si ces résultats sont confirmés (et ils ne peuvent l'être que si les malades, atteints de dyspnée toxi-alimentaire par exemple, ne sont pas soumis au régime lacté ou lacto-végétarien), c'est le triomphe de l'homéopathie et d'autre médecine. Je ne m'y oppose pas, parce que les médecins homéopathes, et parmi eux P. Jousset, dont les travaux et la récente publication sur la « constitution de la thérapeutique » méritent la plus grande attention, sont au moins conséquents avec eux-mêmes. Je ne formulerai qu'une réserve. La suggestion joue souvent un grand rôle surtout chez les sujets épuisés, et c'est le cas habituel des artério-scléreux toujours en état de méiopragie de leurs organes. Les médecins mêmes n'y échappent pas ; des générations entières de praticiens ont été suggestionnées par les affirmations impératives de Broussais et de Bouillaud (saignées coup sur coup, emploi

Digitized by Google

de l'émétique). Par exemple, il faut se défier des malades qui se trouvent « très améliorés » par l'application du sphygmomanomètre, comme je l'ai vu sur deux malades de mon service, et comme autrefois certains malades se trouvaient fort bien du « traitement par les lignes » que Piorry traçait au crayon bleu sur leur thorax. Je me résume : la « poudre minérale » sera une illusion thérapeutique de plus.

Dans le premier volume de mon *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* paru en 1899 (et je suis heureux d'annoncer enfin, à la demande de nombreux lecteurs, que le troisième et dernier volume paraîtra avant la fin de cette année), voici comment je m'exprimais au sujet des sphygmomanomètres (tome 1, page 36, Paris 1899) :

« Tous les sphygmomanomètres cliniques sont défectueux; car, ils ne donnent qu'une mesure approximative et infidèle de la tension artérielle. Par exemple, pour le sphygmomanomètre de Potain (fig. 17), la compression de la pelote ne s'exerce pas seulement sur le vaisseau, mais aussi sur les parties latérales, et les sphygmomanomètres ne permettent que de constater les grands écarts de la pression artérielle. Je persiste à croire que, sans le secours d'un appareil quelconque, il est permis, sinon de mesurer, au moins de constater l'état de la tension artérielle ». J'ajoute qu'on fait suffisamment cette constatation par le retentissement diastolique de l'aorte et par l'état de stabilité du pouls.

Voilà ce que j'ai dit et démontré en 1899. Donc, lorsque j'ai répété la même chose, il y a quelques jours, au sujet de l'hypotension artérielle constatée avec l'instrument en question après quelques injections de sérum, ou quelques ingestions de poudre minérale, je ne l'ai pas redit pour les besoins de la cause. Potain, à qui j'en parlais et qui me voyait faire usage du sphygmomanomètre plus pratique et moins inexact de Verdin-Chéron, connaissait bien les défectuosités de son instrument, défectuosités qu'il déplorait. Mais, il y aura toujours des gens qui, plus royalistes que le roi, aspirent au partage de l'empire d'Alexandre.

A la *Société médicale des hôpitaux*, du 6 juin 1902, un jeune collègue est parti en guerre et, comme il m'a fait l'honneur de me viser par le mot « on », il me permettra de ne le désigner que par ses initiales, P. T. Il finit sa communication par ces mots : « ce qui, en dehors de ces témoignages (de cliniciens compétents regardant ce sphygmomanomètre comme le plus sûr et le plus pratique des instruments de ce genre), me permet de souscrire à cette opinion, c'est que je ne l'ai vu jusqu'à présent critiquer que *par ceux qui ne savaient pas s'en servir.* »

Je réponds au Dr P. T. : « Vous êtes injuste, et vous venez de formuler la condamnation la plus grave sur ce sphygmomanomètre. Car, si depuis près de vingt ans que je m'occupe de cette question, après avoir expérimenté les sphygmomanomètres de Basch, de Bloch, de Gartner, de Verdin, de Chéron, de Rivarocchi (l'un des plus exacts, mais d'une application un peu pénible), si je « ne sais pas encore me servir » du sphygmomanomètre, de Potain, c'est que celui-ci est bien peu pratique, puisqu'il ne peut être bien employé que par des privilégiés. Alors, tous les praticiens arriveront à cette conclusion, qu'ils ne doivent pas s'en servir, puisqu'ils ne peuvent pas, ou qu'ils ne savent pas s'en servir. Mais, pourquoi tant de bruit, tant de passion, pourquoi cette mobilisation d'une demi-douzaine de malades à la *Société médicale des hôpitaux*, pour démontrer ce qui n'est pas démontrable par eux ou par leurs simples assertions? Pourquoi ?...

J'ai terminé. Je ne reviendrai plus sur ces questions, quoi qu'on fasse et quoi qu'on dise. J'ai d'autres sujets à étudier, à élucider encore; nous avons tous à nous occuper de la réforme de la thérapeutique et, d'autre part, si j'ai tant tardé à faire paraître le dernier volume de mon œuvre ultime, c'est parce que certains travaux ont besoin d'une longue et persévérante incubation avant de voir le jour, avant de redresser plusieurs erreurs ou exagérations accréditées dans la science : le bruit de galop *droit*, la dilatation des cavités droites par affections gastro-hépatiques, le dédoublement physiologique du second bruit du cœur, le dédoublement à précession aortique ou pulmonaire dans le rétrécissement mitral comme signe de pronostic, l'origine toujours pulmonaire des bruits extra-cardiaques dont on a fait un si grand abus, la négation des souffles d'insuffisances fonctionnelles des valvules auriculo-ventriculaires ou aortiques, etc. Nous passons le meilleur de notre temps à corriger des erreurs, plus qu'à édifier des vérités. Le rôle de réformateur est ingrat, il expose aux attaques passionnées des uns et des autres. Il ne faut pas s'en émouvoir, et on doit toujours conformer sa conduite scientifique à cette maxime : *Amicus Plato, sed magis amica veritas.* — H. Huchard.

NEURO IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpine naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES CLAUSSER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Les tuberculeux maigres

Par M. le Dr Ch. Sabourin
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Des trois facteurs principaux de la cure hygiénique ou rationnelle de la phtisie, l'alimentation forte paraît être le plus important. Car si l'on voit guérir, assez souvent même, des tuberculeux dans des conditions d'aération défectueuse, si l'on en voit aussi guérir qui ne se reposent guère ou qui ne se reposent pas du tout, ceux qui guérissent sans se nourrir de façon plus ou moins intensive, doivent être bien rares.

Au surplus, toutes les pratiques que comporte la cure hygiénique concourent à ce but suprême, réveiller l'appétit ou au moins la facilité de manger, et réveiller l'assimilation.

L'appétit est bien plutôt un besoin général, un besoin de tous les tissus, qu'un besoin local de l'estomac, et il résulte, dans la cure hygiénique, de l'impression d'un air vivifiant sans cesse renouvelé sur tous les éléments de nos organes; l'appétit résulte aussi du repos qui met un obstacle à l'usure organique et arrête l'encombrement des tissus par les poisons que produit l'exercice. Encombrement moindre, désencombrement plus facile, imprégnation par un sang plus vivifiant, tels sont alors les facteurs de la rénovation, de la remise en état de fonctionnement des organes dont tous les éléments constituants appellent la nourriture, d'où la sensation de la faim pour l'individu.

Une alimentation forte, une bonne assimilation, c'est là ce que les médecins cherchent à provoquer chez les malades de la poitrine, c'est là la clef de la guérison. Et l'on a pu dire, en thèse générale, que le phtisique qui mange bien et assimile bien est un malade à moitié guéri..., pourvu qu'il soit curable. Car la cure hygiénique réveille toujours l'appétit et l'assimilation chez les tuberculeux qui vivaient à leur guise auparavant. Mais il faut que leur organisme soit encore capable d'un effort soutenu et définitif et non point passager.

Le signe objectif par excellence de cet état de rénovation prospère est l'augmentation de poids du corps.

Il est certain que l'on voit guérir des tuberculeux qui n'engraissent point. Mais il faut considérer d'un œil assez sceptique ces *guérisons maigres*, parce qu'elles ont bien des chances de n'être que passagères. Et, si quelquefois elles doivent rester acquises, définitives, ces faits exceptionnels ne sauraient infirmer cette règle, que l'accroissement de poids du corps est la garantie la plus sérieuse des guérisons parfaites.

Il est, somme toute, fort difficile pour le médecin de dire à tel ou tel tuberculeux qu'il doit acquérir tel ou tel poids pour se considérer comme ayant une résistance suffisante, en vue des rechutes plus ou moins spontanées de l'avenir. Les rapports entre le poids du corps et la taille de l'individu donnent des indications assez précises dans certaines limites à peu près admises.

Mais, à l'état de santé, que d'individus n'ont jamais atteint ce *poids théorique*. D'une façon générale on reste au-dessous et, comme on dit dans le monde, on ne s'en porte pas plus mal. Les individus maigres, secs, se font presque une gloire de l'avoir toujours été, ce qui prouve que les maigres, très maigres même, peuvent être en parfait équilibre organique et fournir longue vie en cet état. Mais ces mêmes individus, soumis à une cause de déchéance soit par des excès, soit par un surmenage quelconque, ne sont plus en équilibre, en résistance devant la maladie. Et s'ils ont vécu convenablement, maigres qu'ils étaient, ils doivent, du jour où la tuberculose les a touchés, cesser d'être maigres.

De là, la notion du poids de santé normale, si inférieur soit-il au poids théorique, poids suffisant avant la maladie; de là aussi la notion du poids de guérison que le malade devra acquérir pour se dire guéri, et qui se rapprochera toujours du poids théorique et, mieux encore, devra le dépasser.

Le tuberculeux qui a maigri depuis le début de son affection, doit donc reprendre d'abord ce qu'il a perdu, mais ce retour du poids de santé normale d'autrefois ne doit pas le satisfaire. Il devra acquérir un poids de guérison, de résistance, pour l'avenir. Neuf fois sur dix, en effet, chez les malades guéris, la rechute est précédée de la perte de ce poids de résistance.

En somme, l'engraissement des malades est le moyen d'action le plus puissant que nous ayons d'enrayer la tuberculose pulmonaire, de guérir les tuberculeux, et de prévenir les rechutes ultérieures.

Les notions acquises par l'expérience concordent absolument avec les données théoriques.

En face du traitement hygiénique, les tuberculeux se classent naturellement de la façon suivante :

Les uns ont maigri beaucoup depuis le début de leur maladie, quelque relatif ou absolu que fût leur embonpoint antérieur;

D'autres ont toujours été d'une maigreur remarquable et difficilement auraient pu maigrir de façon notable ;

D'autres, enfin, étaient des gras antérieurement, des obèses même, souvent obèses précoces, et sont restés gras malgré leur tuberculose.

Digitized by Google

Or, il est de notion commune que la cure la plus facile est celle des tuberculeux qui ont maigri ; que les tuberculeux qui ont toujours été secs, toujours réfractaires à l'engraissement, guérissent plus difficilement, et que la cure désespérante est celle des tuberculeux obèses ou tout au moins relativement obèses.

Les malades qui, avec une santé antérieure plus ou moins florissante ou simplement ordinaire, avec un poids se rapprochant du poids *théorique*, sont devenus tuberculeux pour une cause quelconque et ont maigri, même de façon considérable, du fait de leur tuberculose, sont les phtisiques les plus faciles à guérir par la cure hygiénique. A une condition toutefois, c'est que leurs poumons ne soient pas irrémédiablement perdus, et que la cachexie générale n'ait pas non plus frappé à mort leurs autres organes. On ne saurait avoir le prétention de les doter de poumons nouveaux et de changer tous leurs viscères avariés pour des neufs.

Il en est pourtant qui reviennent de bien loin véritables ressuscités par la cure hygiénique, qu'on les envisage soit au point de vue de leur amaigrissement qui en faisait de vrais cadavres ambulants, soit au point de vue de leurs lésions pulmonaires qui semblaient défier toute amélioration sérieuse, soit au point de vue de leur état général et de leur fièvre.

Les amaigris qui se présentent avec des apparences favorables sont vraiment, comme nous les avons appelés, les *normaux* de la cure hygiénique. Non seulement ils retrouvent plus ou moins l'embonpoint qu'ils avaient antérieurement, mais ils prennent facilement leur poids *théorique* et le dépassent volontiers pour avoir enfin leur poids de guérison, véritable embonpoint de réserve. Il est inutile d'insister sur cette catégorie de malades, c'est l'histoire courante des tuberculeux qui guérissent bien.

La maigreur qu'on peut appeler constitutionnelle est souvent par cela même héréditaire. Dans telle famille tous les membres sont bien portants, vigoureux, nerveux, suivant l'expression courante, mais leur corps est et demeure d'une sécheresse remarquable quelle que soit l'amélioration. Certains sont même de gros mangeurs. Il en est qui, presque dénués de tout pannicule adipeux, ont une musculature remarquable.

Ceux qui se nourrissent bien n'ont guère de chances de devenir tuberculeux. Mais il en est qui, se fiant à leurs antécédents de souche robuste, se laissent aller à une alimentation insuffisante, et deviennent phtisiques le jour où une maladie intercurrente les excès ou le surmenage les mettent en état d'infériorité organique.

Or le médecin ne doit pas à première vue porter un pronostic favorable sur un malade de ce genre sous prétexte qu'il se présente à lui en état de maigreur et qu'il n'aura qu'à l'engraisser pour le guérir. Car bien rarement ces malades augmentent de poids d'une façon rapide. Il leur faut des mois pour prendre quelques pauvres kilogrammes.

Il en est qui en quelques jours donnent du premier coup tout ce qu'ils peuvent donner, augmentent d'un ou deux kilos et tout est dit. Ils les prennent facilement, les perdent de même et les reprennent volontiers, sans qu'on voie nettement la cause de ces variations. Chose intéressante, le repos intensif n'a pas une grande action sur ces changements de poids. Si, dans le but d'accroître leur appétit, on leur permet plus d'exercice, le résultat est trop souvent identique. Mais la cure de repos intensif leur est, somme toute, plus favorable, car c'est ainsi qu'ils guérissent quand ils doivent guérir, tandis que, livrés à leur pur caprice, ils dépensent trop et voient leur lésion empirer.

D'autres qui semblent au début tout à fait réfractaires à l'engraissement prennent cependant un peu de poids à chaque pesée. Ils arrivent avec le repos intensif à gagner un kilo par mois. Les malades de cette catégorie, s'ils sont énergiques, tenaces dans leur cure, finissent par atteindre, lentement il est vrai, mais sûrement, un poids approchant de celui qu'on fixait théoriquement pour leur guérison.

En somme parmi ces tuberculeux secs de constitution on en voit peu devenir gras, mais on en voit guérir cependant un nombre respectable par une cure bien entendue. En tout cas il faut regarder comme solides celles de ces guérisons qui surviennent avec un accroissement notable du poids du corps, et il faut se défier beaucoup des autres, quel que soit, en apparence, le retour du poumon à l'état normal. Les malades en question ont guéri, il est vrai ; ils ont fermé leur lésion, mais ils n'ont pas acquis la résistance voulue pour supporter leur guérison.

A côté de ces tuberculeux que l'on peut appeler des maigres de constitution, faute d'une meilleure étiquette, il y a toute une catégorie de malades maigres qui peut-être ne le seraient point, s'ils n'avaient été soumis à une éducation familiale vicieuse.

Nombre d'enfants élevés dans des familles où par tradition on se nourrit peu, n'ont jamais mangé sérieusement. Cela dure tant bien que mal, sans incident au besoin, tant qu'ils restent à la maison sous l'œil des parents. Mais arrive l'âge des pensionnats et des écoles, avec leur nourriture moins recherchée, une moindre surveillance pendant les repas, avec la contagion imminente par les camarades dont la tuberculose ignorée ou non infecte trop souvent ces établissements : s'il s'y joint du surmenage intellectuel pour les uns, un ennui insurmontable pour les autres, la maladie les saisit.

Digitized by Google

Parfois, au contraire, comme on le voit pour certains jeunes gens qui, débiles chez eux, deviennent superbes au régiment, quelques enfants profitent de cette alimentation moins raffinée de la pension qu'ils prennent en abondance. Ils corrigent d'eux-mêmes, d'instinct, les mauvaises habitudes qu'ils avaient contractées chez eux. Faible minorité malheureusement.

Un peu plus tard pour tous, mais surtout pour les jeunes filles et les jeunes femmes, la coquetterie aidant, et combien de mères peuvent à ce sujet faire leur *mea culpa :* on se fait presque une gloire d'être élégante, fluette, on restreint sa nourriture dans la sainte terreur de l'engraissement. Arrive le surmenage des soirées, du bal, d'une première grossesse, voir de simples chagrins de famille, et la tuberculose saisit sa proie.

Catégorie de malades très intéressante. Mais que le médecin ne s'imagine pas de porter des pronostics trop favorables, même s'il est appelé dès l'apparition des premiers symptômes de la phtisie, dans les meilleurs conditions en apparence — pour l'enrayer par un traitement sévère. Assurément certaines de ces tuberculeuses guériront, et fort bien, parce que leurs organes digestifs ont, pour ainsi dire, conservé la faculté latente de recevoir et d'élaborer de la nourriture. Et il suffira, pour obtenir ce beau résultat, de changer du tout au tout leur genre de vie et de leur persuader qu'elles doivent s'alimenter fortement.

Mais combien d'autres feront le désespoir du médecin, et sembleront justifier ce vieux dicton populaire : *qu'à force de ne pas recevoir de nourriture l'estomac se rétrécit.* Avant d'être touchées par le bacille, elles se nourrissaient encore assez pour vivre. Mais maintenant qu'elles sont malades, cette dose d'alimentation est devenue insuffisante, car elles doivent non seulement vivre, mais elles doivent lutter contre leur maladie, et la ration d'existence ne suffit plus. Or leurs organes digestifs n'en peuvent faire davantage, et la preuve en est que trop souvent les tentatives d'alimentation plus forte échouent totalement, et ont pour résultat d'amener le dérangement gastro intestinal. Et les soins les mieux entendus n'auront pour effet, la plupart du temps, que de reculer la déchéance finale.

CLINIQUE MÉDICALE

Trois cas de fièvre ganglionnaire

Par les Drs Grattery et Merigot de Treigny, *anciens internes des hôpitaux de Paris*

Très contestée encore comme entité morbide, la fièvre ganglionnaire doit surtout être considérée comme un retentissement d'une infection partie du naso-pharynx. Les faits que nous allons rapporter confirment cette manière de voir :

Obs. I. (Dr Grattery). — Un enfant âgé de 6 ans 1/2, ayant eu antérieurement la rougeole et les oreillons, tombe malade en juillet 1897, dans les environs d'Orléans. Sans raison apparente, il est pris chaque jour d'accès de fièvre très violents, durant 3 ou 4 heures. Dans l'intervalle il joue sans entrain et conserve très mauvaise mine. Un médecin d'Orléans pense à la fièvre intermittente, si fréquente dans la région, et administre en conséquence de la quinine qui n'amène aucune amélioration. Au bout de 15 jours l'enfant est trouvé très pâle, anémié, et on assiste à un accès de fièvre analogue aux précédents ; l'examen des différents organes est absolument négatif ; le foie et la rate sont normaux ; il n'y a pas d'albumine dans les urines. Un seul fait attire l'attention, qui n'avait d'ailleurs pas échappé au confrère appelé antérieurement : des deux côtés de la région cervicale existent des ganglions peu volumineux, mais très nombreux, non douloureux à la pression, siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire et le long des sternomastoïdiens.

Cependant l'examen ne fait découvrir aucune altération du côté de la bouche, aucun gonflement, aucune rougeur des amygdales. Pas de ganglions dans les aisselles ni les aines.

L'enfant est alors ramené à Paris, pour être soumis à une observation plus continue, et alors l'hypothèse d'impaludisme est de suite écartée : Les accès reviennent bien tous les jours, mais à des heures irrégulières, tantôt le matin, tantôt le soir ; ils ne sont pas précédés de frissons. L'enfant, au milieu de ses jeux, est pris subitement de malaise, sa figure s'altère et il répète invariablement la même phrase : « Ah ! que je suis fatigué ! », il va s'étendre sur un lit, et en quelques minutes la température monte à un chiffre variant de 39° à 40°,5 (temp. ax.). L'accès dure 2 à 3 heures, et se termine peu à peu, avec de la moiteur de la peau, mais sans sueur notable. A deux reprises il y a eu deux accès dans la journée, le deuxième toujours plus faible que le premier. Dans l'intervalle des accès l'enfant reste fatigué, mais joue cependant et demande à manger.

La fièvre intermittente écartée, le diagnostic reste hésitant. Il s'agit manifestement d'une infection, mais la nature et l'origine échappent. 8 jours plus tard, le Dr Hutinel, consulté sur les accidents qui ont persisté, établit nettement le diagnostic de fièvre ganglionnaire, probablement d'origine amygdalienne ; et en effet, une enquête plus minutieuse apprend que 8 jours avant le premier accès de fièvre, l'enfant s'était plaint de la gorge, mais le mal avait été si bénin qu'on n'y avait attaché aucune importance. Cette fièvre comportait un pronostic bénin, devait céder après une durée totale d'une vingtaine de jours. On cessa toute médication active, on laissa l'enfant au repos en l'alimentant dans l'intervalle des accès, et en se réservant de donner de l'antipyrine si la température dépassait 40°.

Le pronostic se vérifia de point en point ; le 22e jour, après un accès très violent, la fièvre disparut définitivement. L'enfant partit quelques jours après au bord de la mer et se rétablit très rapidement. Cinq semaines après il rentrait à Paris, ayant repris toutes ses forces et n'ayant plus un seul ganglion.

Obs. II. (Dr Grattery). — Dans les premiers jours de juillet 1901, Yvonne C..., âgée de 9 ans, est prise d'une angine, avec nombreux points blancs sur les amygdales ; angine probablement d'origine streptococcique, bien que l'examen bactériologique n'ait pas été fait. La fièvre est intense, la température reste aux envi-

Digitized by Google

rons de 40° pendant 2 jours. La langue est sale et assez rouge à la pointe, on note quelques envies de vomir. L'enfant, qui a en tout temps de grosses amygdales, dues à des végétations adénoïdes, est sujette à des maux de gorge semblables. Cette fois cependant, la réaction fébrile est plus intense et telle, qu'on envisage la possibilité d'une scarlatine.

Au bout de quelques jours cependant, cette éventualité est écartée. L'enfant est mieux, mais ne se remet pas complètement; elle est très fatiguée, pâle, et passe une partie de la journée étendue sur son lit, elle refuse toute nourriture.

L'état de la gorge va s'améliorant; les points blancs ont disparu, mais les amygdales restent grosses et on trouve de nombreux ganglions cervicaux qui n'existaient pas au début. Ceux du côté droit sont un peu douloureux à la pression. Pas de ganglions axillaires ou inguinaux. Rien au foie ni à la rate.

Se méfiant d'un état fébrile, en fait surveiller l'enfant plus minutieusement, et on constate chaque jour l'existence d'un accès de fièvre, coïncidant avec le moment du plus gros malaise. La température ne s'est jamais élevée très haut, oscillant entre 38°,5 et 39° (temp. ax.).

Le diagnostic de fièvre ganglionnaire étant posé, on fait partir l'enfant à la campagne, et on engage à la laisser le plus possible à l'air, en tâchant de l'alimenter. Les accès de fièvre ont persisté 3 semaines, toujours d'intensité modérée, mais bien nets. Au moment de leur cessation, il restait encore de nombreux ganglions cervicaux, presque aussi gros qu'au début.

Pendant le mois d'août l'état général s'améliore, la mine et l'appétit reviennent et, après un séjour de 4 semaines au bord de la mer, l'enfant revient à Paris en bon état. Elle a toujours de grosses amygdales, mais tous les ganglions ont disparu.

Obs. III. (Dr Merigot de Treigny). — Une fillette de 5 ans tombe malade le 15 août 1901, quelques jours auparavant sa gouvernante, puis sa mère, avaient été prises d'une amygdalite lacunaire typique, avec points blancs dans les orifices cryptiques. fièvre intense, abattement; le tout avait évolué en 3 à 4 jours, et disparu sans laisser aucune trace d'adénopathie. Le 15 août au matin, la fillette qui était restée en contact avec la gouvernante, se réveille malade, refuse de manger et de se lever, et accuse le mal de gorge. La fièvre est au-dessus de 39°. La gorge est rouge, surtout au niveau de l'amygdale droite, avec quelques petits points blancs de très minimes dimensions à droite, presque rien à gauche. Pas d'adénopatnie: en somme, amygdalite lacunaire ordinaire.

Le 16, les quelques points blancs ont disparu, mais la rougeur persiste, surtout à droite. Le sommeil a été bon, la température est un peu moindre; l'enfant s'alimente suffisamment avec du lait et et demande à jouer.

L'amélioration est rapide, et le 18 août, l'enfant reste levée une bonne partie de l'après-midi; la fièvre semble définitivement tombée, la gorge est redevenue normale. En raison de la température extérieure on permet un peu d'aération, mais l'enfant en profite peu, car elle ne reprend pas son entrain.

Le 20 août, l'état semble bon; mais pour la première fois on constate dans la région de l'angle maxillaire plusieurs ganglions gonflés, qui forment une saillie appréciable à la vue. La pression est, ce jour-là, à peine douloureuse. Badigeonnage iodé, séjour à la chambre, l'enfant ne se plaint pas.

Le 21 août, la nuit s'est passée sans aucun sommeil, agitation fébrile, douleur spontanée dans les glandes. Le matin, température 39°,6 à 39°,8; l'enfant tient la tête raide et se remue d'une pièce, pour éviter les mouvements du cou; les glandes, nettement douloureuses à la pression, sont plus grosses qu'hier, mais ne présentent pas de tendance à l'empâtement périphérique, les contours restent bien limités. La gorge reste saine, sauf un peu de rougeur, pas de poussée nouvelle et d'ailleurs il n'existe pas de dysphagie. Aucune autre complication.

L'accès de fièvre dure la journée; la nuit est presque bonne, et le 22 au matin, l'apyrexie est complète, les glandes moins grosses. On croit encore toucher à la guérison, mais le soir nouvel accès coïncidant avec l'envahissement des ganglions rétromaxillaires gauches, douleurs et gonflement moindres cependant qu'ils n'ont été à droite. Par contre, la fièvre est aussi intense, l'enfant aussi abattue. Ce second accès de fièvre a à peu près la même durée que le précédent; il est comme lui suivi d'une rémission complète, avec diminution de volume des glandes et surtout atténuation de la sensibilité et liberté des mouvements.

Les accès se reproduisent ainsi avec des intervalles irréguliers, variant entre 18 et 36 heures; leur intensité est le plus souvent moindre que celle des premiers; cependant celui du 25 atteint 39°,6 et s'accompagne d'un état de dépression suffisant pour préoccuper vivement les parents.

Pendant les accès, les glandes deviennent manifestement plus sensibles, parfois même plus grosses; c'est ainsi qu'un des accès ultérieurs coïncide nettement comme les deux premiers avec un nouvel envahissement ganglionnaire. Cette dernière adénopathie siège à la partie supérieure de la chaîne carotidienne droite, en haut et en arrière des ganglions rétromaxillaires. Dans l'intervalle des accès la sensibilité diminue, les mouvements redeviennent plus faciles. Jamais il n'y a eu de gêne dans la déglutition. Le pharynx n'a subi qu'une seule atteinte tout à fait au début, sans récidives; tout au plus pendant certains accès de fièvre, paraissait-il un peu plus rouge; plusieurs fois on a constaté des sécrétions nasopharyngées assez épaisses, tapissant la paroi postérieure du pharynx au réveil, bien que l'enfant ne fût pas adénoïdienne; d'ailleurs, ces sécrétions n'étaient pas abondantes et n'amenaient aucun écoulement nasal.

L'état général ne fut pas autrement atteint. Assez gaie dans l'intervalle des accès, l'enfant se plaignait brusquement de malaise, de fatigue extrême, demandait à se coucher; sans frisson, la peau devenait chaude et un peu moite sans sudation notable; la rate ni le foie ne furent jamais développés; mais assez fréquemment l'enfant accusa dans la région périombilicale, des douleurs qui, rapprochées des faits signalés par certains auteurs, firent penser à un peu d'adénopathie mésentérique, mais ne nécessitèrent d'ailleurs aucun traitement. Il n'y eut aucun trouble gastro-intestinal dans l'intervalle des accès, l'alimentation demi-liquide à base lactée se fit sans difficulté; les lavages de l'intestin assurèrent facilement les évacuations, on ne constata jamais le plus petit trouble cardiaque pulmonaire, ni rénal. Enfin, l'enfant arriva sans amaigrissement très notable à la fin d'août.

Dans la nuit du 30 au 31 août, l'avant dernier accès se produisit et fut assez léger (38°,5).

Le 2 septembre, la fillette qui avait bien déjeûné, se plaint de fatigue vers 2 heures, réclame son lit. Elle a alors un dernier accès fort (39°,6), mais très court, puisque vers 7 heures la détente se produit et est suffisante pour permettre à l'enfant de dîner.

Depuis, la température est restée normale; l'enfant se remonte assez vite, reprend gaîté et appétit, et peut sortir au bout de quelques jours. La convalescence est en somme facile et rapide, il

Digitized by Google

reste seulement pendant une quinzaine des traces des adénopathies, surtout à droite, puis tout disparaît. La marche de cette maladie ne paraît pas avoir été influencée en rien par le traitement, notamment par tous les moyens mis en œuvre pour désinfecter le nasopharynx.

Les trois observations que nous publions, présentent des caractères communs que l'on peut résumer ainsi : une amygdalite cryptique, tantôt assez bénigne pour passer inaperçue, tantôt assez intense pour faire craindre une scarlatine, semble terminée depuis plusieurs jours, lorsque survient un brusque réveil de fièvre et l'on voit alors évoluer parallèlement : d'une part une succession d'accès de fièvre ne présentant ni la périodicité régulière, ni la marche classique des accès palustres et s'en distinguant surtout par un retentissement bien moins durable sur l'état général qui, au lieu de rester franchement mauvais dans l'intervalle des accès, passe alternativement et en quelques heures par les apparences opposées de la guérison presque complète et de la reprise d'une maladie sérieuse (Obs. III). Le tout évolue sans amener aucune complication viscérale, sans subir la moindre influence du traitement employé, en particulier de l'usage de la quinine, et disparaît au bout de trois semaines exactement, sans laisser d'autres traces qu'un peu de pâleur et d'amaigrissement et aussi une hypertrophie temporaire des ganglions cervicaux antérieurs.

Notons à titre de simple remarque que ces cas recueillis dans des endroits très différents et en diverses années sont survenus tous les trois en plein été.

Le diagnostic de fièvre ganglionnaire s'impose pour ces trois cas. Nous ne discuterons pas l'hypothèse du paludisme — les accès, nous l'avons vu, sont différents et l'existence des adénopathies, si spéciales, suffit à séparer les deux maladies — mais notre première observation montre qu'en pays palustre le diagnostic peut rester quelque temps hésitant. Il est même probable que certaines fièvres observées chez les enfants, hors des pays palustres, rangées dans le cadre de la malaria et attribuées faute de mieux à des émanations diverses, doivent rentrer dans la maladie qui nous occupe, les adénopathies ayant pu passer inaperçues. Chez plusieurs de ses petits malades J. Simon signale la raideur du cou, le torticolis coïncidant avec des accès fébriles. Williams, dans un travail récent sur la fièvre ganglionnaire (*The Lancet*, 1897), discute et rejette d'ailleurs l'hypothèse d'une forme fruste de rubéole, maladie ayant même prédilection pour le jeune âge, mêmes allures épidémiques discrètes et amenant aussi des engorgements glandulaires. Mais l'éruption manque toujours dans la fièvre ganglionnaire (sauf un cas de Desplats, 1894, cas d'ailleurs anormal) et dans la rubéole, d'autre part, les adénopathies sont beaucoup moins accusées et toujours fugaces.

Les glandes salivaires pourraient, d'après Czajkenski, participer au processus inflammatoire de la fièvre ganglionnaire, il nous paraît cependant inutile de discuter le diagnostic de cette maladie et des oreillons, comme le font certains auteurs.

Les formes diverses de tuberculose ganglionnaire, qui pourraient être évoquées en présence des cas graves, retentissant fortement sur l'état général, ne ressemblent guère aux formes que nous avons observées. D'ailleurs, l'issue pleinement favorable lève les doutes.

On est donc ainsi ramené à la fièvre ganglionnaire. Mais l'existence d'une angine initiale, bien nette chez deux de nos petits malades, n'est-elle pas un motif suffisant pour empêcher d'admettre ce diagnostic et faire rejeter ces faits dans le groupe des adénites cervicales aiguës, banales, consécutives aux angines? Sans doute, dans bon nombre d'observations le pharynx est donné comme étant complètement ou à peu près intact et Pfeiffer semble avoir vu là un caractère distinctif de cette maladie. C'est, en tout cas, l'opinion admise par H. Gourichon dans sa thèse (1895).

Cette délimitation nous paraît arbitraire, car, alors même que le pharynx semblerait intact, la localisation presque constante des premières adénopathies derrière l'angle de la mâchoire montre bien que la gorge est la porte d'entrée des germes, dans la grande majorité des cas. Si le premier ganglion se montre dans un autre point, on pourra presque toujours retrouver dans la région tributaire une lésion initiale, si petite soit-elle, plaie infectée, impetigo, ecthyma, ou otite moyenne (Neumann, Leslie-Durus, in th. de Gonrichon). Dès lors, qu'il y ait ou non réaction au point d'inoculation, c'est question relative, affaire de degré de virulence du germe, ou de fragilité de la muqueuse. Le processus peut être comparé à celui de la phlegmatia puerpérale. Que la région génitale présente ou non des lésions (phlébite utérine), elle a toujours servi de porte d'entrée aux germes qui ont gagné les veines des membres et la phlébite fémorale garde, dans un cas comme dans l'autre, la même signification et la même subordination à une infection d'origine utérine.

Si le fait de pouvoir rattacher l'adénopathie à une lésion initiale de la peau ou d'une muqueuse n'est pas exclusif de la fièvre ganglionnaire, il ne s'en suit pas d'autre part, qu'il faille admettre dans le cadre de cette maladie, comme on le voit faire assez souvent, les cas dans lesquels la fièvre disparaît du 3e au 4e jour et le gonflement se résout ensuite rapidement (Comby). Il est difficile de fixer une limite et sans doute il doit y avoir, comme dans presque toutes

Digitized by Google

les maladies infectieuses, des cas extrêmement bénins; mais alors la maladie est en tout cas tellement atténuée qu'elle devient méconnaissable.

Ce qui fait, croyons-nous, la caractéristique de la fièvre ganglionnaire, c'est l'association de deux éléments :

1° Une fièvre plus ou moins intense, mais en général assez prolongée et étant surtout significative lorsqu'elle procède par accès nettement isolés, à périodicité plus ou moins régulière et donnant à la maladie totale une durée moyenne de trois semaines.

2° Un retentissement très spécial sur le système ganglionnaire. Les adénopathies sont souvent hors de proportions avec la lésion initiale ; elles sont toujours multiples et deviennent en général bilatérales, parfois même elles se produisent en dehors de la région cervicale et atteignent les ganglions de la racine des membres, du médiastin (Moussous) et du mésentère (Pfeiffers, William). Ces localisations extra-cervicales ont manqué chez nos malades. Dans l'observation III, l'enfant se plaignit cependant plusieurs jours de suite de douleurs abdominales qui purent faire soupçonner un certain retentissement sur les ganglions mésentériques. L'envahissement des groupes ganglionnaires nouveaux, ou la reprise de ceux qui semblaient se dégager, coïncide parfois nettement avec un accès de fièvre plus intense. Ce fait, signalé par Pfeiffer, était évident dans l'observation III.

Ces adénopathies possèdent encore cette particularité importante de disparaître presque toujours par résolution. Sans doute, Neumann a publié une statistique donnant 13 suppurations sur 27 cas ; mais cette proportion est tellement en contradiction avec l'opinion presque unanime des auteurs, qu'on peut se demander si ces cas sont bien comparables aux autres. Non seulement la suppuration est exceptionnelle, mais il est même très rare que l'atmosphère celluleuse, qui entoure le ganglion, soit atteinte par l'inflammation et le plus souvent la glande garde des contours nettement appréciables au palper.

Cette fièvre ganglionnaire présente les caractères d'une infection générale de l'organisme. Ainsi en dehors de la réaction ganglionnaire on observe assez souvent un gonflement du foie et de la rate. D'après Williams, le foie serait pris dans presque tous les cas et la rate dans la moitié des cas. Malgré des examens réitérés nous n'avons constaté ni l'une ni l'autre de ces localisations chez nos malades et nous croyons qu'elles ne doivent exister que dans les formes présentant une certaine gravité. Il en est de même *à fortiori* des complications diverses qui ont été signalées, telles que : les épistaxis à répétition (Gourichon), les érythèmes infectieux (Desplats-Henbner, etc.), les otites moyennes (Neumann) et bien plus fréquemment encore l'albuminurie et même des néphrites aiguës, tout à fait comparables à celles de la scarlatine.

Enfin on a pu voir (Observat. de Desplats, 1894), des cas présentant assez bien au début le tableau d'une fièvre ganglionnaire, puis dégénérant en septicémie et aboutissant à la mort. Mais toutes ces complications et transformations de la maladie rentrent dans les formes anormales et absolument rares. Le plus souvent, au contraire, l'issue est pleinement favorable. Cependant, alors même, il n'est pas rare que la lenteur de la convalescence et la persistance d'un état anémique contrastent avec la bénignité de la maladie.

Quelle est la nature de la fièvre ganglionnaire? L'évolution presque identique de nos trois cas tendrait à faire admettre qu'ils représentent une maladie définie ayant son individualité propre. Il en est de même de la possibilité pour la maladie de se reproduire par contagion, et aussi de régner épidémiquement, faits se réalisant d'ailleurs rarement, mais étant bien établis.

Plusieurs médecins ont observé des foyers épidémiques en général restreints à une famille, à une maison (Pfeiffer, Hesse). Williams a vu trois cas se suivre à des intervalles de 8 et 15 jours dans le même foyer.

L'épidémie la plus importante qui ait été relatée, est celle que suivit le Dr Korell, dans un district peu peuplé de l'Etat d'Ohio (Académie de New-York, 1896.) Pénétrant dans 43 familles, la fièvre fit 96 malades, tandis que 20 enfants échappèrent complètement et 40 autres furent frappés assez légèrement, pour n'avoir pas besoin de soins médicaux. Remarquons qu'aucun de ces 96 cas n'amena ni suppuration ganglionnaire, ni adénopathie persistante.

Ces arguments ne sont pas suffisants pour accorder à la fièvre ganglionnaire une autonomie, car d'autre part on peut rencontrer des accidents presque analogues et constituant cependant un simple épiphénomène de diverses maladies intéressant la gorge, comme les fièvres éruptives.

Dans la scarlatine par exemple, après la chute normale de la température, la fièvre s'élève de nouveau (*fièvre consécutive, Nachfieber*, — Gumprecht, Pastor), affectant parfois une marche continue ou rémittente, mais souvent aussi la forme d'accès d'un ou deux jours de durée, séparés les uns des autres par des périodes de 3 à 6 jours. Cette fièvre, due presque à coup sûr à une infection secondaire d'origine pharyngée, s'accompagne en général d'un gonflement douloureux des ganglions cervicaux. Mais les adénopathies ne sont pas constantes, de plus elles sont rarement aussi diffusées, même dans la

Digitized by Google

seule région cervicale, que celles de la fièvre ganglionnaire.

Pareilles manifestations ne sont pas rares non plus après la rougeole. Moussous a décrit le fait suivant cité souvent, à cause de la généralisation des engorgements ganglionnaires : dans le cours d'une rougeole à évolution normale jusque-là, la fièvre disparue depuis 5 à 6 jours, reprend en même temps que se montrent des adénopathies cervicales aiguës douloureuses. En 4 jours les glandes diminuent notablement, mais des signes d'adénopathie bronchique se produisent. La fièvre revient régulièrement chaque soir, atteint 39°, cesse et s'atténue le matin, et la guérison définitive ne s'opère que vers le milieu de la troisième semaine.

Nous retrouvons là les caractères relevés dans nos observations ; intensité de la réaction ganglionnaire, multiplicité des localisations cervicales, et même dans ce dernier cas extension au-delà du cou, prolongation anormale de la fièvre qui présente une marche intermittente assez régulière.

Sans doute on pourrait admettre en ce cas une forme secondaire de la fièvre ganglionnaire, mais il est plus conforme aux enseignements de la clinique de considérer la fièvre ganglionnaire tant primitive que secondaire comme un syndrome résultant d'une réaction de défense du système ganglionnaire dans une ou plusieurs de ses lignes de protection contre une infection. C'est à cette opinion que se rangent maintenant, et à juste titre croyons-nous, la majorité des auteurs (H. Gillet, *Journ. des Pratic.*, 1893; Comby, 1894; Courtois-Suffit, *Rôle des gangl. lymph. dans l'inf.*, 1901; Hochsinger, *Collège médic. de Vienne*, 1901).

L'infection semble le plus souvent se produire par le streptocoque et pénétrer par le nasopharynx, mais pourrait aussi, suivant toute vraisemblance, dériver d'un autre germe et envahir l'organisme par une région différente. Peut-être trouvera-t-on une relation entre la nature du germe et le mode d'évolution clinique, et en arrivera-t on à isoler, des différentes formes très dissemblables qui ont été décrites, une forme à évolution presque cyclique et à manifestations fébriles intermittentes, qui nous paraît très caractéristique et dont l'existence nous paraît confirmée par nos trois observations et par celle de Moussous que nous venons de rappeler.

En résumé la fièvre ganglionnaire semble devoir être considérée comme un retentissement sur le système ganglionnaire spécial hypersensible de l'enfance, d'une infection pénétrant le plus souvent par le nasopharynx.

Notre troisième observation montre bien cette subordination. La maladie véritable est l'angine, qui se reproduit successivement sur trois personnes, mais retentit très différemment sur le système ganglionnaire. Ne donnant lieu qu'à des manifestations insignifiantes chez les deux adultes, elle suscite au contraire une réaction très intense et très spéciale chez l'enfant, grâce à l'état d'activité particulière dans lequel se trouve le système lympathique à cet âge et grâce peut-être aussi à une vulnérabilité ordinairement plus grande des muqueuses du nasopharynx dans l'enfance.

Clinique des Hôpitaux

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Just Lucas-Championnière

L'ouverture du canal rachidien

L'ouverture du canal rachidien se pratique dans des circonstances diverses. On peut intervenir pour le mal de Pott; on intervient encore pour les fractures, les tumeurs du canal médullaire ou de la moelle, les plaies de la moelle. Parfois une affection médicale est seule en jeu ; il s'agit d'une névralgie radiculaire. Au cours de ces conjonctures variées, une double notion fondamentale doit rester imprimée dans l'esprit du chirurgien : d'abord l'aspect favorable du champ opératoire; la moelle est protégée par les apophyses épineuses et les lames vertébrales : on peut l'aborder sans crainte ; il n'y a pas de gros vaisseaux, de nerfs à éviter. En second lieu, le rachis supporte les traumatismes opératoires ; son fonctionnement n'en est guère entravé; malgré des pertes de substance, la colonne vertébrale continue de faire face aux mouvements essentiels; des efforts souvent considérables sont possibles ultérieurement.

Un interne de M. Lucas-Championnière, M. Oustagnol, s'est occupé de la question dès 1891. M. Chipault lui a consacré, en outre, de nombreux travaux.

Deux ordres de procédés opératoires peuvent être utilisés : 1° Dans le premier, les parties molles étant sectionnées, on attaque délibérément les arcs et les lames ; le chirurgien les enlève, se contentant ensuite de rapprocher les parties molles qui constituent la partie postérieure du canal rachidien ; 2° Le revêtement osseux est conservé; après l'avoir relevé pour pénétrer dans le rachis, on le réapplique à la façon d'un couvercle. C'est la méthode d'Abbé ; elle n'est pas sans inconvénient ; très laborieuse, d'abord, elle risque ensuite par ce maintien de parties osseuses mobiles et le chevauchement des fragments, d'amener des compressions médullaires. Cela serait fâcheux. Mieux vaut se tenir au premier type opératoire, celui qui débarrasse le champ opératoire des os sectionnés. Il a été employé par Horsley qui, après avoir coupé les apophyses épineuses, de manière à

Digitized by Google

avoir devant lui une surface osseuse plane, appliquait une couronne de trépan sur cette surface. M. Lucas-Championnière rejette le trépan ; c'est un instrument aveugle à cette profondeur ; son emploi peut déterminer des hémorrhagies profuses, celles des veines qui cheminent sous les enveloppes osseuses.

M. Championnière se sert de sa pince gruge. M. Chipault en emploie une analogue de son propre modèle. L'opération est conduite de la manière suivante : incision sur la ligne médiane, incision longue, débordant par en haut et en bas largement la limite des apophyses épineuses sur lesquelles on pense intervenir. On coupe les parties molles, on les détache des surfaces osseuses, on les gratte ; tout cela est épais et dur ; la plaie est profonde, on est comme au fond d'un puits ; c'est pourquoi l'incision cutanée ne saurait être trop étendue, de façon à permettre du jour. A l'aide de la pince coupante, on attaque ensuite l'arc et la lame vertébrale ; cette partie de l opération n'est pas trop délicate. On ne risque pas, en effet, d'atteindre la moelle ; celle-ci ne remplit pas le canal vertébral ; on est séparé d'elle par les ligaments rachidiens et l'espace sous-arachnoïdien ; les os étant sectionnés, on saisit la dure-mère, on la soulève avec une pince à griffe et on la fend. M. Lucas-Championnière réprouve l'usage du trépan ; il ne veut pas davantage du ciseau ; c'est là dans l'espèce un fort mauvais instrument ; il est brutal et provoque des chocs considérables ; le système nerveux ne s'en accommode pas ; des ébranlements graves sont à craindre.

Le chirurgien de l'Hôtel Dieu n est pas davantage partisan de la méthode en deux temps de M. Chipault. Dans une première tentative, celui-ci pénètre jusqu à l'os, puis tamponne la plaie et, deux à trois jours plus tard, revient à charge et ouvre la moelle. Pourquoi ces deux interventions ? Elles condamnent le malade à une double opération, ce qu'il convient toujours d'éviter quand il est possible. En outre, ce procédé ne tient pas compte de la difficulté inégale des temps opératoires. Quelle est la période pénible ? La première, celle qui consiste à libérer le rachis des parties molles ; une fois cette besogne accomplie, le plus gros de l'opération est fait. Alors, pourquoi attendre et remettre à un autre jour ce qui, justement dans ce temps opératoire, apparaît comme d'exécution relativement aisée ?

M. Lucas-Championnière opère en un temps et s'est toujours bien trouvé de sa conduite. Il a pratiqué trois ouvertures du rachis (laminectomies) pour fractures et une pour névralgie radiculaire.

L'un des blessés avait, suite de fracture, un cal comprimant la moelle. Il y avait des accidents de compression médullaire. M. Lucas-Championnière fit sauter le cal. Le malade guérit.

Il y a trois ans, il opéra un sujet pour des troubles de même ordre : paraplégie suite d'une fracture de la colonne vertébrale. M. Lucas-Championnière pratiqua la résection des esquilles et rétablit la moelle en ligne droite. Encore cette fois la guérison couronna sa tentative.

Un autre cas fut moins heureux ; mais la moelle était en bouillie ; on ne pouvait lui restituer ses fonctions. Il s'agissait d'une fracture récente · le blessé supporta l'opération, mais succomba deux jours plus tard à l'évolution de ses troubles médullaires.

L'ouverture du rachis pour névralgie radiculaire a été pratiquée avec succès par Chipault. Un malade souffrait de violentes douleurs siégeant à la fois sur le territoire du cubital, du médian, du brachial cutané interne. Chipault conclut à une névralgie radiculaire et pratiqua la section de la 8e paire cervicale. La guérison s'établit et durait encore 6 ans après l'opération.

Le malade qu'a opéré quelques jours auparavant M. Lucas-Championnière reproduit la même histoire. C'était un corroyeur de son état, quelque peu alcoolique ; il s'était pris, quelques années auparavant, la main dans un crochet. Puis survinrent quatre ans plus tard des douleurs vives paroxystiques au niveau de l'éminence hypothénar qui remontèrent au bord interne de l'avant-bras et s'arrêtaient au coude. La pression des autres parties de la face dorsale et palmaire de l'avant-bras était insensible. Il n'existait pas d'atrophie musculaire. Le Pr Brissaud conclut à une névralgie radiculaire de la 8e paire, et comme les crises revenaient toutes les cinq minutes, empêchaient le sommeil et avaient entraîné un amaigrissement considérable, (36 livres en 3 mois), il adressa le malade à M. Lucas-Championnière. Ce dernier sectionna les racines de la 1re dorsale et de la 7e cervicale ; il s'écoula à l'ouverture du rachis une grande quantité de liquide céphalo-rachidien qui ne laissa pas de gêner considérablement les mouvements ; mais les racines purent néanmoins être soulevées sur un crochet à strabisme et réséquées sur une certaine étendue. Au moment de la section, en dépit de l'anesthésie qui paraissait complète, l'opéré se livra à des gesticulations violentes. La dure-mère fut ligaturée au catgut, on réunit les masses musculaires par quelques sutures profondes et un drain fut introduit dans les muscles, à une profondeur moyenne qui n'atteignait pas la dure-mère. Le malade passa une nuit agitée, mais le lendemain il présentait un changement très net : les parties hypéresthésiées de la main étaient devenues insensibles. C'était un signe que l'opéra-

Digitized by Google

tion avait répondu à son but. Il est prématuré d'affirmer que la guérison restera définitive et que des récidives ne se reproduiront pas. Il ne faut pas oublier que l'opéré est un éthylique dont le système nerveux est en moindre résistance. Retombera-t-il? On n'en sait rien. Quoi qu'il en soit, il a fort bien supporté son opération et celle-ci pourrait facilement être pratiquée quand les indications opératoires se montrent aussi précises que dans le cas présent ou dans les autres dont M. Lucas-Championnière a entretenu son auditoire.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

L'Union des pères de famille

Il y a quelques semaines, dans l'article que je consacrais à la *Ligue des pères de famille*, et que j'appellerai plutôt avec M. Legendre, un des parrains de la Ligue, du nom d'Union, tant ce terme de Ligue évoque, par sa répétition copieuse, quelque chose d'impatientant et qui risque de lasser, il y a quelques semaines, je ne suis pas, ce semble, au cours des considérations que j'émettais à ce propos, entré suffisamment dans l'esprit des promoteurs de cette entreprise. MM. les docteurs Mathieu et Legendre ont parlé des réformes pédagogiques et d'hygiène à apporter aux programmes de l'enseignement secondaire et aux conditions de l'internat. Etant médecins, c'est à propos de ces dernières que leur protestation offre surtout chance d'être agréée. S'occuperaient ils de questions d'enseignement, tout de suite ils seraient arrêtés. Où ont-ils puisé la compétence nécessaire, et que vient faire ici leur intervention? J'avoue que, dans mon article, je n'avais pas assez pesé cette objection. Si j'ai laissé quelque peu dans l'ombre ce qui aurait dû figurer au premier plan, à savoir les vices d'hygiène que sont à la racine des habitudes scolaires, je m'empresse aujourd'hui de réparer cette lacune et de remettre en lumière ce qui aurait dû y être placé tout d'abord.

MM. Mathieu et Legendre reprochent à nos internats beaucoup de choses, et leurs griefs sont justes. L'installation scolaire est mal comprise; pour l'éclairage, le chauffage, la hauteur des bancs en classe, les soins de toilette, il y aurait bien à redire. Dans la salle d'études, une lumière trop vive fatigue les yeux les plus proches, le poêle en fonte, rougi, congestionne les fronts, des bancs de même hauteur sont affectés à des garçons de taille différente. Quant aux soins de toilette, on a coutume de dire : sale comme un collégien. Familiers à cette appellation, nombre de proviseurs et principaux de collèges, se sont gardés d'en réduire la vérité. Dans la rigidité et l'inflexibilité des règlements, s'était glissée une note pittoresque : la saleté du collégien. Il fallait respecter cette note. On l'a respectée. D'autant qu'elle avait pour effet d'aider à l'harmonie de l'ensemble. Les oreilles douteuses du collégien et son cou bistré de crasse s'alliaient heureusement aux plafonds enfumés, aux murs couverts de poussière, aux planchers sordides. Les tables étaient noires et les doigts barbouillés d'encre. Quant aux habits et aux chaussures, c'était un poème de taches et de boue; jusqu'au pion qui, pour ne pas apporter une dissonance de ton et de couleur dans la salle d'études, installait à son pupitre des bottines éculées et un habit moiré de graisse. En sorte que, le samedi, lorsque le proviseur et le censeur entraient, majestueux et graves, pour lire les notes de la semaine, ils avaient droit d'être fiers. Pion et élèves avaient fait des progrès. A chaque visite, ils étaient plus sales.

De mon temps, c'est ainsi que les choses se passaient; il y a amélioration aujourd'hui, j'y consens. N'empêche que bien des réformes attendent encore leur tour. Elles n'ont pas trait seulement aux conditions de propreté, elles s'appliquent aussi à la réglementation du travail.

La disposition des heures de classe, dans leurs rapports avec les récréations et les exercices de gymnastique est absurde. Une demi-heure après déjeuner, les enfants entrent à l'étude. Il faudrait au moins une heure de récréation. Et que font-ils pendant ces exercices de récréation? De la gymnastique plusieurs fois par semaine. C'est après s'être exercé sur le trapèze et la barre fixe, et s'être dépensé et épuisé dans des exercices physiques, comme l'enfant le fait, c'est-à dire en y allant de toute son âme et sans compter, c'est après de telles séances de fatigue qu'un roulement de tambour donne le signal. Il s'agit de rentrer à l'étude et de reprendre un travail de tête. Les muscles n'en peuvent plus, c'est maintenant au cerveau d'entrer en fonctions. Puisque l'enfant est rendu, physiquement, il doit maintenant être apte au travail de l'esprit. C'est ainsi qu'en ont jugé nos législateurs.

On m'objectera : la vie est un déroulement d'absurdités. Pour que le jeune homme prenne contact avec elle sans froissements et sans heurts, il est de bonne sagesse de l'entraîner dès le jeune âge. Commençons par être absurdes avec lui à l'école pour qu'il ne se révolte pas à l'âge mûr. Cela, c'est une raison.

MM. Mathieu et Legendre ne l'estiment pas suffisante. Je joins ma voix à la leur. Il est temps qu'un tel état de choses cesse, et que les médecins prennent la tête du mouvement. La sympathie des familles sera immédiatement acquise à leur effort.

Les adhésions des parents et des médecins ne leur manqueront pas. Un grand nombre de confrères se sont fait inscrire; ils seront bien inspirés de faire suivre leur signature de celle des chefs de famille qui ne se désintéressent pas des questions d'éducation et d'enseignement.

P. S. — Prière d'adresser les adhésions à MM. Mathieu et Legendre. Nous avons inséré le programme dans le *Journal des Praticiens* (n° du 15 mars 1902).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Les vomissements incoercibles de la grossesse. — Les vomissements incoercibles de la grossesse sont-ils la conséquence d'une auto-intoxication gravidique ? Ou bien ne sont-ils que la suite d'une irritation réflexe partie des organes génitaux ? Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le traitement est le même.

Avant tout il consistera dans le repos de l'organe et la suppression complète de tout aliment. Condamin (de Lyon) préconise l'injection quotidienne par la voie rectale de trois à quatre litres de sérum artificiel. S'il se produit de l'intolérance rectale, il ajoute quelques gouttes de laudanum aux lavements ou a recours à la voie hypodermique. Au bout de 10 à 12 jours, il permet à la malade quelques gorgées de liquide et revient insensiblement à l'alimentation ordinaire. Le lavement sera donné très lentement, la malade étant couchée sur le côté droit; si des coliques surviennent, on arrête l'injection pour la reprendre au bout de quelques instants.

L'application de sangsues sur le col a été préconisée: Tarnier recommandait l'enveloppement du col dans du coton ; d'autres recourent à la dilatation, d'autres se résignent à pratiquer l'accouchement prématuré. Cette dernière éventualité est exceptionnelle; grâce au repos stomacal qui suit la suppression alimentaire, elle ne semble guère à redouter.

Si les lavements de sérum recommandés par Condamin ne sont pas tolérés, le praticien pourra administrer des lavements alimentaires :

Jaunes d'œuf	2
Lait	200 grammes
Peptone sèche	1 cuillerée
Laudanum Sydenham	5 gouttes

Ces lavements seront précédés d'un lavement d'eau tiède destiné à balayer le rectum. On pourrait encore se servir de la formule suivante :

Vin rouge	100 grammes
Bouillon	150 —
Peptone sèche	1 cuillerée
Laudanum Sydenham	5 gouttes

Mais il n'est pas sûr que le vin administré en lavements n'irrite l'estomac par voie réflexe ; il semble donc plus prudent de s'en tenir aux lavements de lait.

Au bout de 6 à 8 jours, quand on permettra quelques aliments, donner cinq minutes avant les repas 5 gouttes de la solution suivante :

Chlorhyd. morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 — 01
Chlorhyd. cocaïne	0 — 30
Eau chloroformée	10 grammes

Ou encore :

Chlorhyd. cocaïne	0 gr. 15
Eau chloroformée	100 grammes
Sirop éther	50 —

Une cuillerée à café avant les repas.

On a encore préconisé la créosote (5 gouttes), la teinture d'iode (5 gouttes), le menthol :

Menthol	0 gr. 50
Alcool	20 grammes
Sir. sucre	50 —

Une cuillerée à café toutes les 1/2 heures.

Mais ces préparations sont irritantes pour l'estomac.

La vieille potion de Rivière rendra parfois des services.

L'application d'un petit vésicatoire de 5/5 à la région épigastrique, saupoudré ou non de poudre d'opium, sera d'une grande utilité si les urines ne renferment pas d'albumine. On l'appliquera au bout de 6 jours environ, la veille du jour où l'alimentation stomacale sera permise.

HYGIÈNE

La fièvre typhoïde et les filtres à sable. — Dans cette question d'épuration des eaux d'alimentation par les filtres à sable, la France est singulièrement en retard sur les pays voisins. L'Allemagne, la Hollande, l'Angleterre savent apprécier la valeur de ce mode d'épuration ; en France, et sauf à Paris, les municipalités se montrent singulièrement rebelles. Quand elles se sont occupées de politique, elles s'imaginent avoir tout fait. N'ont elles pas rempli leur devoir? Le reste leur importe peu. Les soucis de la santé publique ne les émeuvent pas le moins du monde. La fièvre typhoïde peut sévir avec rage; ce n'est pas une épidémie de plus ou de moins qui aura raison de leur inertie.

Autrefois on ne demandait aux filtres à sable que de clarifier les eaux ; aujourd'hui on leur demande de les épurer au point de vue bactériologique. Déjà l'an dernier M. Chabal (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire,* avril 1901), s'était occupé de ce sujet. Il avait dressé des tables indiquant le grand abaissement de mortalité lié à l'établissement de ces filtres.

Digitized by Google

VILLES	Mortalité typhique avant la construction des filtres à sable (Moyenne portant sur 5 années.)	Mortalité typhique après la construction des filtres à sable (Moyenne portant sur 5 années.)
Lawrence (Etats-Unis).	113	25
Hambourg (Allemagne)	47	6.6
Zurich (Suisse)	76	8
Banlieue de Paris (21 localités).....	41	12

Pourquoi l'usage de l'eau filtrée n'est-il pas plus répandu ? Ce ne sont pas les frais d'installation qui sont trop élevés. Dans la banlieue parisienne, la Compagnie générale des Eaux a accepté de livrer à un très grand nombre de communes du département de la Seine l'eau filtrée moyennant une majoration de prix de 0 fr. 01 par mètre cube : c'est donc, comme le faisait observer M. Bechmann, que le prix de revient n'atteint probablement pas ce chiffre.

Aujourd'hui M. Chabal, dans un récent mémoire (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, 20 juin 1902), apporte un nouvel appoint à ses précédentes recherches.

Une surveillance constante des filtres est indispensable ; la confiance dans la qualité des eaux ne doit pas conduire à la suppression de la surveillance qui seule permet d'avoir toute sécurité. N'est-ce pas la confiance aveugle que l'on a eue dans la qualité des eaux de source qui, en négligeant la surveillance, a abouti à de nombreuses épidémies ? M. Chabal recommande l'analyse quotidienne de l'eau ; en pratique, et dans les petites villes, pareille prescription est malaisée à remplir ; un examen tous les 15 jours pourrait sans doute suffire. L'analyse se bornera à être quantitative.

L'eau filtrée ne doit pas renfermer plus de 100 colonies, (numération de 48 heures), c'est là un chiffre maximum. A Hambourg, on obtient un nombre de colonies inférieur à 50. L'auteur estime que pareils renseignements suffisent ; point n'est besoin de recherches qualitatives. A Hambourg, on ne procède pas autrement ; or, la fièvre typhoïde y est tombée à un taux inconnu dans la majorité des villes d'Europe. Si on exécute à Hambourg des analyses qualitatives, c'est uniquement pour faire des recherches scientifiques; ces analyses sont indépendantes de celles qui président à la conduite des filtres, ces dernières étant simplement quantitatives et faites par un personnel spécial.

En France, les installations filtrantes de la Compagnie Générale des Eaux sont les seules tenues par contrat de livrer des eaux ayant une teneur bactériologique déterminée; elles doivent éliminer 995 bactéries sur 1.000, ce qui aboutit à des chiffres à peu près équivalents à ceux de la méthode allemande.

Le rôle du laboratoire attaché à toute installation ne doit donc pas avoir pour but de savoir si une eau est bonne ou mauvaise qualitativement : il doit être un simple moyen de contrôle de la constance de la qualité de l'eau.

Si le nombre des colonies s'accroît brusquement, ce changement est dû à des causes qu'il est aisé de supprimer. Les causes principales sont les suivantes :

1° Non homogénéité de la couche de sable; 2° épaisseur insuffisante de la couche de sable; 3° finesse insuffisante du sable; 4° variation brusque de l'état de l'eau à filtrer; 5° rupture de la membrane filtrante ; 6° vitesse de filtration inégale ou exagérée.

Le sable doit être homogène et la couche de sable fin doit avoir une épaisseur supérieure à 1 mètre. C'est le chiffre adopté dans les nouvelles installations américaines.

Mais comme malgré tout, des fissures se peuvent produire dans la membrane filtrante, on devra user de précautions et ne laisser parvenir sur les filtres à sable qu'une eau dont la limpidité sera presque complète et dont la teneur bactériologique sera réduite au minimum. Le repos de l'eau est un excellent moyen de clarification : il est donc indiqué de recevoir l'eau dans une série de bassins préalables. Un autre mode de dégrossissage réside dans la préfiltration : deux installations filtrantes semblables seront placées l'une à la suite de l'autre, la seconde recevant les eaux traitées par la première et étant ainsi mise à l'abri des variations d'état de l'eau brute.

Il serait à désirer que le comité d'hygiène prît en main cette question du filtrage et fixe les règles à adopter en France pour les installations filtrantes à eau potable. Cette mesure aurait le précieux avantage d'éclairer les municipalités et de leur éviter les erreurs qu'elles ne manqueront pas de commettre, si elles ne possèdent pas entre les mains des renseignements minutieux et clairs.

DERMATOLOGIE

Dermatoses arsenicales. — Les éruptions arsenicales sont souvent *polymorphes*. Citons en premier lieu les érythèmes, soit diffus atteignant surtout la partie antérieure du tronc et les segments supérieurs des membres, accompagnés de prurit et suivis de desquamation ; soit circonscrits, siégeant surtout sur les membres, pouvant présenter une analogie frappante avec un érythème polymorphe ou un psoriasis récemment décapé. On a signalé depuis longtemps une éruption miliaire généralisée ou encore des éruptions pemphigoïdes atteignant surtout les

Digitized by Google

extrémités et ressemblant tantôt à la dyshidrose, tantôt à du pemphigus vrai. L'atrophie de la peau avec amincissement extrême de l'épiderme n'est appréciable cliniquement que dans les cas très graves. L'apparition du zona comme conséquence de la médication arsenicale mise en doute par quelques auteurs pourrait être prouvée par plusieurs observations dont le type est fourni par un malade de Stark (*Monatshefte f. praktische dermatologie*, 1901). Il s'agit d'un jeune homme atteint d'acné indurée et pustuleuse intense de la face, traité par un mélange à parties égales de liqueur de Fowler et d'eau de menthe poivrée à doses progressivement augmentées jusqu'à 20 gouttes, trois fois par jour ; il survint un zona facial qui guérit dix jours après la cessation de l'arsenic; trois semaines plus tard l'arsenic repris provoque à nouveau un zona moins intense qui disparaît par la diminution des doses. Les éruptions arsenicales affectent parfois au visage la forme d'impetigo, aux mains l'aspect de psoriasis syphilitique, aux parties génitales celui d'herpès. Mais les manifestations cutanées les plus constantes et les plus *typiques* à opposer aux éruptions polymorphes atypiques sont : la mélanodernie, l'hyperkératosé, les lésions des ongles et des cheveux, la desquamation.

La mélanodermie est caractérisée par une teinte terreuse, sale, pouvant arriver au brun, presque au noir; plus marquée sur les parties couvertes, sur les parties normalement pigmentées, cou, aisselles, seins, organes génitaux, sur les parties soumises à des pressions par une ceinture ou des jarretières. La pigmentation est toujours très bigarrée, formant quelquefois des réseaux entourant des îlots de peau plus blanche.

L'hyperkératose est probablement générale mais plus marquée aux paumes et aux plantes où elle forme une couche épaisse finement bosselée, souple s'il y a hyperhidrose; dure et écailleuse si, comme d'habitude, l'hyperhidrose disparaît avant l'hyperkératose. Sur les paumes et les plantes se forment souvent des amas cornés durs (cors arsenicaux); en d'autres points des plaques d'épiderme épaissi, ridé, blanchâtre, ressemblant à des plaques de lichen plan.

Les ongles présentent souvent des bosselures transversales, leur accroissement est quelquefois accéléré, ils peuvent devenir minces et fragiles et être éliminés en totalité.

La desquamation est généralisée en grandes lames noirâtres ; c'est une des voies d'élimination de l'arsenic.

En présence d'une des quatre variétés typiques de lésion cutanée, on sera porté tout naturellement à rechercher l'empoisonnement chronique par l'arsenic. il n'en sera plus de même quand on constatera seulement une éruption polymorphe et c'est méthodiquement que l'on passera en revue les diverses causes susceptibles d'y donner lieu. Les intoxications arsenicales professionnelles sont assez fréquentes (ouvriers en papiers, étoffes ou fleurs teintes à l'arsenic, ouvriers travaillant dans les mines d'arsenic). Le nombre des arsenicophages par habitude n'est pas élevé, il se réduit à la population montagnarde d'une partie de la Basse-Autriche. La cause de beaucoup la plus fréquente de l'intoxication chronique est l'usage interne et sous cutané de l'arsenic dans un but thérapeutique. Chez l'homme, la dose thérapeutique pour l'acide arsénieux et ses sels de soude et de potasse est au début de 2 à 3 milligrammes et peut être élevée à 1 centigramme. Une autre voie d'intoxication est la voie alimentaire accidentelle : c'est ainsi que dans l'affaire de Saint-Denis (1880), 268 personnes furent empoisonnées par un boulanger dont la farine avait été mélangée d'acide arsénieux; dans l'affaire d'Hyères 400 personnes furent intoxiquées par du vin plâtré en partie avec de l'acide arsénieux. Ces intoxications alimentaires sont plus souvent aiguës que chroniques ; cependant H. Barendt, dans le *British Journal of Dermatology* (avril 1901) a rapporté des intoxications développées lentement à la suite d'un usage immodéré de bière toxique.

Enfin l'arsenic *appliqué sur la peau* peut provoquer localement une dermatose. Les caustiques arsénicaux et les lotions médicamenteuses sont actuellement tombés en désuétude. Par contre on a vu le fait se produire, la peau ayant été mise en contact avec des vêtements renfermant le poison. Tunnicliffe et Rosenheim rapportent dans *Lancet*, avril 1901, les deux observations suivantes : Un garçon de 9 ans, présente sur chaque jambe une éruption d'une douzaine de nodules ressemblant à un début de furoncle ; on signale en même temps de l'agitation et des vomissements. Cette poussée coïncide avec le port d'une paire de bas de laine noire neufs. Après cinq jours de repos la guérison se produit. Alors le malade reprend les bas neufs qui avaient été lavés dans l'intervalle; dès le même jour nouvelle éruption de nodules qui disparut en quelques jours. Une femme ayant porté quelques heures une paire neuve de bas noirs est prise d'une extrême sensibilité des pieds qui l'empêche de marcher. Quelque temps après les mêmes bas qui avaient été lavés, reproduisent les mêmes symptômes. L'analyse chimique montra que chaque paire de bas contenait 75 milligrammes d'arsenic, dont 10 milligrammes à l'état soluble. En effet l'arsenic est très commun dans les bas noirs, soit qu'on ait employé comme mordant des solutions d'arséniate de soude, soit que l'arsenic provienne de l'acide sulfurique qui entre dans la composition des mordants chimiques. — R. B.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Des formes méningitiques de la fièvre typhoïde. — Le temps n'est plus où, dans les traités de pathologie, les auteurs réservaient un court chapitre aux méningites aiguës. Ce titre vague ne servait qu'à masquer des choses plus vagues encore. On sait aujourd'hui qu'il y a une méningite aiguë épidémique. Les communications de M. Netter nous ont fixés à ce sujet et l'on parle communément de la méningite primitive à diplocoques encapsulés de Weichselbaum. On sait que le pneumocoque peut se localiser secondairement aux méninges, après avoir séjourné ou non le temps nécessaire dans l'oreille moyenne pour infecter cet organe. On a décrit aussi la méningite paludéenne ; je laisse de côté la méningite tuberculeuse, la seule infection des méninges que les vieux auteurs connaissaient et avaient bien décrite, et l'on admet aujourd'hui que toutes les maladies aiguës, par suite d'une circonstance fortuite, d'un locus minoris resistentiæ cérébral, peuvent secondairement provoquer une infection des méninges de même nature que la maladie primitive. La fièvre typhoïde en est un exemple.

La fièvre typhoïde peut se compliquer de phénomènes cérébro-spinaux. C'est ce que l'on savait bien depuis le mémoire de Fritz (1863) : on connaissait les signes cliniques, les symptômes de ces complications méningées, mais on ne pouvait en faire l'étiologie ; méningite cérébro-spinale épidémique, fièvre typhoïde à forme méningée, typhus à forme cérébrale ne formaient qu'une seule maladie ; il fallait encore vingt ans pour qu'Eberth découvrît le bacille de la fièvre typhoïde.

Il est utile pour le praticien de savoir que la fièvre typhoïde, maladie à réaction essentiellement nerveuse, peut présenter des complications méningitiques ; il lui est facile de se mettre en garde contre elles quand il traite un typhique depuis 15 jours, 3 semaines et de n'éprouver aucune surprise quand la raideur de la nuque, le strabisme, l'hypéresthésie cutanée, le signe de Kernig apparaissent.

Mais combien plus grave, en pratique, est l'ignorance de ces formes méningitiques de la fièvre typhoïde qui n'apparaissent aux yeux que par l'observation des seuls accidents cérébro-spinaux à l'exclusion de tous les signes classiques de la dothiénentérie. L'erreur est facile et nombreux sont les cliniciens, et des meilleurs, qui ont fait un faux diagnostic en présence de symptômes simulant une attaque d'urémie, une crise d'épilepsie, une méningite paludéenne, alors qu'ils n'étaient en présence que d'une fièvre typhoïde à localisation méningée.

M. Dabout (*Thèse Paris*, 1901) ayant eu l'occasion, dans le service de son maître, M. Netter, de suivre de nombreux cas de fièvre typhoïde, compliqués d'accidents cérébro-spinaux, à des périodes différentes de la maladie, a groupé ces symptômes méningitiques dans trois catégories différentes :

Dans un premier groupe, ces symptômes ne sont que des épiphénomènes au cours de la fièvre typhoïde.

Dans un second groupe, ce sont des phénomènes essentiels, primitifs, marquant le début de l'infection. On porte généralement le diagnostic de méningite tuberculeuse chez l'enfant, d'attaque urémique ou épileptique chez l'adulte, et on est tout étonné de voir, dans la huitaine qui suit, apparaître les taches rosées, s'installer la diarrhée, et de suivre une fièvre typhoïde classique, mais grave.

Dans le troisième groupe, ce sont des phénomènes exclusifs indiquant une localisation primitive et exceptionnelle du bacille d'Eberth aux méninges, qui nous traduisent seules leur irritation. Pas de diarrhée, pas de grosse rate, pas de phénomènes abdominaux, rien que des symptômes méningitiques tels que nous les enseigne la clinique. Mais si l'on s'avise de prendre une gouttelette de sang et de faire la séro-réaction de Widal, l'agglutination est manifeste, la méningite est éberthienne.

Que devra faire le praticien en présence de ces fièvres typhoïdes à forme si anormale ? Quel devra être son pronostic ?

Toujours, il devra vérifier son diagnostic clinique par le contrôle bactériologique ; toujours il devra faire, en pareil cas, une séro-réaction. C'est la pierre de touche ; avec elle on évite bien des erreurs.

Toujours il devra chercher le signe de Kernig : Si le malade assis au bord du lit, c'est-à-dire la cuisse en flexion sur le bassin, ne permet pas une extension complète de la jambe sur la cuisse, il y a Kernig. C'est la certitude de l'irritation des méninges, irritation qui pourra rester stationnaire, mais qui pourra aussi augmenter et se traduire par la raideur de la nuque, les contractures, les convulsions, les troubles oculaires, strabisme, inégalité pupillaire.

Le pronostic de ces formes méningitiques de la fièvre typhoïde est grave. D'après les statistiques de M. Netter, dans les dothiénentéries où l'on trouve le Kernig, les décès et les rechutes sont trois fois plus nombreux que dans la fièvre typhoïde normale.

Quelles sont les indications thérapeutiques les plus recommandables dans ces formes méningitiques de la fièvre typhoïde ? On les traitera comme des méningites cérébro-spinales épidémiques ; les méninges n'aiment pas l'eau froide, pas de méthode de Brand ; de l'eau chaude, le bain très chaud à 38 degrés pendant 20 minutes, répété toutes les 3 ou 4 heures suivant l'état du malade. On obtiendra par cette

Digitized by Google

méthode des effets sédatifs et réactionnels, tels que l'apaisement et la diurèse, aussi brillants qu'avec la méthode de Braud.

Si la céphalée est intense, si le Kernig est extrême, si, en un mot, la réaction des méninges est suraiguë, il y a intérêt à décomprimer les ventricules cérébraux; il faut retirer l'excès de liquide céphalo-rachidien ; en faisant cesser cette irritation d'origine mécanique, on annule du même coup celle d'origine toxique et microbienne : on retire un liquide saturé de toxines, et quelquefois de bacilles ; on diminue en même temps les chances de réinoculation, on atténue en partie la virulence de la maladie.

La ponction lombaire est le seul moyen d'atteindre l'espace sous-arachnoïdien. Elle se fait avec la seringue en verre de Luer. La pression du liquide céphalo-rachidien à elle seule suffit en général pour actionner le piston, la décompression des ventricules se fait ainsi plus lentement et n'offre que des avantages. La quantité de liquide à retirer est variable. de 10 à 30 c. c. et quelquefois plus : c'est la tension du liquide céphalo-rachidien qui doit nous fixer à ce sujet. — Dr Dabout.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb. — Il n'existe guère que deux méthodes efficaces dans le traitement de l'ongle incarné : 1° le traitement sanglant par destruction de la matrice unguéale ; 2° le traitement par les applications de nitrate de plomb. Cette dernière méthode assure la guérison dans une moyenne de huit jours. Sur vingt cas traités par lui et où avaient précédemment échoué les médications les plus diverses (salicylate de zinc, iode, perchlorure de fer, nitrate acide de mercure, acide nitrique, insuccès par l'extirpation) M. Blanc (*Th. Paris,* 1902, a obtenu la guérison complète.

La technique est très simple. Il faut :

1° Du nitrate de plomb mi-sec et finement pulvérisé ;

2° Une spatule métallique plate ;

3° De l'ouate non hydrophile ;

4° De la tarlatane à pansement.

Après l'administration d'une série de bains de pied prolongés qui ont pour effet de nettoyer l'extrémité de l'orteil et de ramollir les tissus bourgeonnants, le praticien, à l'aide de la spatule, glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière péri unguéale, une mince couche de ouate suffisamment large pour recouvrir par sa partie libre toute la partie saine de l'ongle. Au fond se montre le bourrelet fongueux, on enfonce le nitrate de plomb régulièrement tassé à cet endroit, et on recouvre de l'ouate qui recouvre l'ongle. Par dessus nouvelle couche de ouate et bande de gaze humide. Le pansement est renouvelé le lendemain et les jours suivants jusqu'à ce que les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on puisse voir nettement le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements suffisent. On se contente ensuite, en une ou deux séances, de relever le bord avec un peu d'ouate glissée dessous. Les chairs sont tannées et parcheminées et l'ongle croît par dessus.

L'auteur confirme les propositions de Monprofit d'Angers émises en 1898. Ce procédé offre l'avantage d'être peu coûteux, facile à appliquer sans obliger le malade au repos absolu, peu douloureux et presque infaillible.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La peste. — M. Proust lit le commencement d'un rapport sur la peste. A Bombay, foyer permanent de la maladie, on ne prend aucune précaution, les morts sont exposés dans une tour ouverte, les vautours y viennent déchiqueter les cadavres. Ces oiseaux de proie peuvent fort bien être des agents propagateurs du fléau; d'autre part, les habitations sont mal tenues, non désinfectées. Quand ce n'est pas dans la ville que se propage la peste, c'est au loin et par de mauvaises conditions des moyens de transport : bateaux défectueux, sans infirmeries ni pièces d'isolement.

La vente des boissons à essences. — La discussion s'ouvre sur le rapport de M. Laborde. Faut-il ou non interdire la vente des boissons dangereuses (absinthe, bitter, vermouth, essences naturelles et artificielles) aux débitants? Les pharmaciens devraient seuls avoir pouvoir de livrer ces drogues au public. M. Vallin oppose les difficultés pratiques à l'adoption de semblable vœu. M. Pouchet partage l'opinion de M. Laborde : toutes ces boissons sont toxiques et méritent d'être enveloppées dans une réprobation commune. Finalement, l'Académie ne se prononce pas, et le rapport de M. Laborde est renvoyé à une commission d'examen.

Maladies à tripanozomes. — M. Laveran parle des mesures à prendre contre les maladies à tripanozomes qui frappent le bétail (abattage des animaux malades, surveillance des animaux suspects, prohibitions d'entrée, etc.).

La diphtérie à Rouen. — M. Brunon relate les bons effets de la sérothérapie antidiphtérique à Rouen. Le nombre des guérisons avant l'emploi du sérum était de 58 0/0, il est monté à 87 0/0 depuis la sérothérapie. Il ne faut pas craindre d'employer le remède à doses massives et répé-

Digitized by Google

tées, quand le cas est grave. La balnéation chaude répétée toutes les 3 heures est un bon adjuvant au traitement. (1er juillet.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La stéatose hépatique latente des alcooliques. — MM. A. Gilbert et Lereboullet. La stéatose hépatique latente est très fréquente. Elle est plus commune que toutes les variétés de cirrhose résultant de l'action de l'alcool sur le foie. L'organe hépatique est gros, hypertrophié, les cellules subissent la transformation vésiculo-graisseuse. Ces lésions peuvent se rencontrer sur des sujets jeunes ; vienne une maladie infectieuse (pneumonie), celle-ci évolue souvent d'une manière fatale.

Contribution à l'étude des crises chloruriques dans les maladies aiguës. — MM. Ch. Achard et Ch. Laubry. Au cours des maladies aiguës en général, on observe une rétention des chlorures. Lorsque l'affection aiguë s'améliore et guérit, la rétention cesse et le taux des chlorures urinaires revient à la normale. Cette rétention des chlorures au cours de la maladie aiguë n'est pas due aux effets du régime alimentaire ; ce n'est pas la diète ou l'alimentation lactée, pauvre en chlorures, qui la produit. Vînt-on à donner aux malades des chlorures, l'on ne met nullement fin à l'hypochlorurie. Celle-ci atteint d'emblée son maximum ou n'y parvient que peu à peu ; quant à la décharge, elle s'effectue brusquement ou à plusieurs reprises. D'une façon générale, dans les maladies fébriles la courbe des chlorures procède à l'inverse de la courbe thermique et n'est pas en rapport constant avec le volume de l'urine des 24 heures.

Dosage approximatif des chlorures urinaires. — MM. Ch. Achard et L. Thomas ont imaginé un tube gradué pour le dosage approximatif des chlorures.

On opère avec du nitrate d'argent et du chromate de potasse comme réactifs. Sur le tube un premier trait marque la quantité fixe de la solution titrée de nitrate d'argent, soit 5 centim. cubes, qu'il faut tout d'abord mettre dans le tube en y ajoutant un peu de chromate de potasse (3 à 4 gouttes d'une solution à 1 pour 5). A partir de ce premier trait, l'échelle indique en grammes les chlorures contenus dans le volume d'urine qu'il est nécessaire de verser pour faire virer au jaune la teinte rouge brun.

Hématurie dans un cas d'hystéro-traumatisme. — M. R. Bernard. Homme de 25 ans. Chute accidentelle sans douleurs lombaires attribuées à une contusion de la moelle. Hématurie probablement suggérée par un sondage maladroit. Accès ultérieurs d'hématurie provoqués par des voyages, rapportés à une lésion de l'appareil uro-génital. Hémoptysie imitée. Pas de stigmates d'hystérie. Tardivement, crise convulsive accompagnée d'hémianesthésie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Prostate et calculs extraits par voie périnéale. — M Legueu a débarrassé un prostatique rétentionniste et calculeux, récidiviste d'une prostate de 225 grammes et de 80 calculs de volume variable. La voie périnérale a permis d'obtenir ce double résultat.

Annexite droite et appendicite. — M. Guinard affirme qu'on ne doit jamais terminer une laparotomie pour salpingo-ovarite sans avoir vérifié avec soin l'état de l'appendice qui peut être infecté secondairement et qui, surtout, plus souvent qu'on ne le croit, peut être la cause première de l'infection salpingienne.

Traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde — (Voir n° 25). M. Ricard communique deux nouvelles observations : l'une lui est personnelle ; il s'agit d'un typhique qui fut opéré pour phénomènes abdominaux graves : douleur, météorisme abdominal, contracture musculaire, facies grippé, ascension de la température. On trouva le péritoine rempli de liquide sanieux et une masse d'anses grêles recouvertes d'adhérences verdâtres qui, décollées, laissèrent voir sur une des anses une surface érodée d'une pièce de 50 centimes, à rebord cerclé par un bourrelet de fausses membranes, à fond un peu déprimé avec trois ou quatre points rougeâtres saillants, paraissant témoigner de perforations oblitérées par des bourgeons charnus. Enfouissement par deux étages au catgut. Guérison. La seconde observation appartient à M. Hagopoff, de Constantinople : typhique opéré 13 heures après l'apparition des symptômes de perforation. La perforation du volume d'une lentille siégeant à 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale est suturée. Guérison.

De l'interposition musculaire dans le traitement des ankyloses osseuses. — Le traitement des ankyloses est parfois fort difficile et le rétablissement des fonctions d'une articulation supprimée par fusion osseuse n'est pas toujours obtenu par une ostéotomie ou par une résection. C'est ainsi que dans un cas d'ankylose fibreuse du poignet d'origine blennorrhagique, une résection de la première rangée des os du carpe, quoiqu'ayant donné un écart d'un grand travers de doigt n'empêcha pas la malade de se réankyloser en deux mois. M. Nélaton préconise une méthode qui consiste à interposer après résection une bande musculaire aux surfaces osseuses. Des deux intéressantes observations qu'il rapporte, la première a trait à une malade ankylosée de la hanche à la suite de polyarthrite rhumatismale aiguë. La résection faite, l'opérateur découpa une bande musculaire large de deux doigts et longue de 12 centimètres sur le tenseur du fascia lata et l'interposa entre les deux surfaces osseuses. Actuellement, 2 ans après l'opération, la malade boite, mais elle peut se tenir debout droite, elle ne souffre en aucune façon, peut faire de longues courses sans être gênée et les mouvements de flexion, d'abduction et de rotation sont tous très étendus. Le second opéré est un homme de 29 ans atteint

Digitized by Google

d'ankylose osseuse des deux hanches à la suite de douleurs articulaires. Même traitement qui procura la mobilité de la hanche.

Manœuvres abortives. Laparotomie. Guérison. — M. Weiss, de Nancy, rapporte l'observation d'une jeune femme enceinte qui eut le cul de sac de Douglas perforé et atteint par une injection de subimé, dans une tentative d'avortement. Symptômes de péritonite tendant à se généraliser. Laparotomie et drainage abdomino-vaginal. Le lendemain fausse-couche suivie d'une exacerbation de tous les symptômes péritonéaux ayant pendant 3 jours inspiré les plus graves inquiétudes ; guérison. M. Weiss pense qu'appelé aussitôt après un pareil traumatisme, le chirurgien doit rechercher la plaie vaginale et drainer d'emblée le Douglas, de façon à évacuer l'injection qui y aurait été poussée. Mais si l'on est appelé plus tard, à un moment où déjà les symptômes de péritonite se sont produits, il y a lieu de se demander si on ne doit pas interrompre la grossesse (par un curage digital) de façon à ce que tout soit terminé dans une même séance, car il est certain que l'apparition du travail met la vie de la malade en grand danger.

Rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. — M. Quénu a fait des recherches cadavériques sur l'angle colique gauche ; il a opéré des malades sur lesquels on pouvait penser que les accidents d'obstruction étaient dus à la coudure de l'angle colique gauche. Il conclut en ne refusant pas toute influence aux coudures intestinales mais en niant que cette influence soit primordiale. Pour lui le principal rôle appartient aux adhérences pathologiques et spécialement aux petites brides épiploïques développées autour de la terminaison du colon transverse. Comme conclusion thérapeutique : quand au cours d'une laparotomie pour obstruction ou occlusion on a reconnu que l'obstacle siège sur la fin du colon transverse, il faut s'assurer qu'une cordelette péricolique n'étrangle pas l'intestin et libérer la fin du transverse jusqu'à l'angle splénique. On vérifie que cette libération est suffisante lorsqu'en pressant sur la portion dilatée du gros intestin on fait sortir des gaz par une sonde qu'on a introduite dans le rectum avant l'opération ; s'il y a adhérence en masse du grand épiploon à la paroi abdominale ou agglutinement des anses grêles, il faut libérer ces anses et réséquer minutieusement la totalité du grand épiploon sans faire de ligatures en chaîne. Enfin si la libération ne peut être que difficile et incomplète : établir un chemin de traverse entre le côlon transverse et la fin du côlon descendant, réservant l'anastomose iléo-sigmoïde aux cas d'obstacles non libérables, localisés au côlon ascendant ou à l'angle hépatique. — R. B.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLSSER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de technique opératoire, par Ch. Monod, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de Médecine, et J. Vanverts, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Lille. 2 vol., t. I, 962 pages, Masson édit. (En souscription : 33 francs).

Une fois qu'une opération est décidée, il n'y a plus à s'inquiéter de considérations étiologiques et cliniques sur la maladie. Le chirurgien n'a plus besoin que d'un renseignement : comment il doit conduire son intervention. C'est ce renseignement, cette technique claire, précise, facilitée et mise à portée du praticien par l'adjonction de figures originales et parfaitement exécutées, que M. Ch. Monod et M. J. Vanverts ont pris soin d'exposer au lecteur. Le tome I contient les méthodes d'antisepsie et d'asepsie, les moyens de réunion et d'hémostase, les procédés d'anesthésie, les opérations sur les divers tissus et les organes des sens. Le tome II sera consacré aux autres organes et appareils. Edifier une telle œuvre a été depuis longtemps le rêve de M. Monod ; il est réalisé aujourd'hui. M. J. Vanverts a apporté son concours, jeune et actif, à l'entreprise. Et M. Monod qui, depuis si longtemps, honorait la chirurgie française par la hauteur de son caractère, et l'habileté de son talent l'élève aujourd'hui, cette chirurgie, et la place sur une piédestal bien en vue par l'apport d'un ouvrage de haute valeur et d'une utilité pratique considérable.

Les cures de Vichy, par le Dr Salignat. — J.-B. Baillière édit., 1 vol. in-18 de 132 p.

Petit livre qui rendra service aux baigneurs. Il est écrit à leur intention et, en les initiant aux secrets de leur cure, a pour but de les transformer en auxiliaires de leur propre guérison.

Nota. — Le beau volume de M. le Dr Paul Richer : *L'Art et la Médecine*, dont nous avons parlé (n° 24), est édité chez Gaultier Magnier, 7, rue Bonaparte.

Congrès International d'hydrologie, de climatologie et de géologie (sixième session. — Grenoble 1902). — Les vacances s'approchent. Nos lecteurs qui désirent passer quelques journées agréables dans un des plus beaux pays de France, se féliciteront d'assister au Congrès international d'hydrologie. Les questions qui y seront traitées sont d'un haut intérêt et des excursions charmantes aux environs rempliront les heures et les jours libres. (Voir le programme à la page ccx.)

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Aliment complet de Maxime Groult fils aîné convient dans tous les cas où se pose l'indication d'une alimentation spéciale et réparatrice : chez les *enfants* au moment du sevrage, chez les *convalescents* et les *surmenés*, dans l'*albuminurie*, les *maladies du tube digestif*, etc.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Granulie méningée et cyto-diagnostic

Par le Dr Landrieux
Médecin de l'hôpital Lariboisière

Vous avez pu voir au n° 22 de la salle Bouley un malade de 35 ans, chez qui la cytoscopie du liquide céphalo-rachidien nous a permis d'éviter une erreur de diagnostic : nous avions pensé d'abord à de l'urémie, alors qu'il s'agissait en réalité de granulie méningée ; aussi m'a-t-il paru intéressant de vous rapporter ici ce cas avec quelques détails.

Cet homme était entré à l'hôpital le 15 février ; il se disait malade depuis trois semaines et souffrait violemment de la tête. Cette céphalée était continue, sans exacerbation nocturne. Elle ne s'accompagnait pas de vomissements. Le pouls était un peu rapide mais régulier ; la langue nette ; la respiration un peu fréquente ; la température s'élevait à 38°. Aucun symptôme fonctionnel ou objectif n'attirait l'attention plus spécialement vers un viscère quelconque, sinon vers le rein. Les urines étaient rares, hautes en couleur, mais surtout donnaient à chaud, comme par l'acide azotique, un abondant précipité albumineux. En l'absence de phénomènes méningitiques évidents, en présence de cette céphalée tenace et de l'albuminurie, nous portons le diagnostic probable d'urémie, et nous instituons le régime lacté.

Le lendemain, la température s'était élevée à 38°5 ; il existait de l'hyperesthésie des masses musculaires à la pression, et enfin nous constatons la présence du signe de Kernig. Vous savez en quoi consiste ce signe dont la découverte est récente et dont la valeur séméiologique est si grande. A l'état normal, un sujet peut sans fléchir les genoux, passer, dans son lit, du décubitus dorsal à la position assise ; mais lorsqu'il existe une irritation méningée, comme cela arrive dans la méningite cérébro-spinale, les genoux du malade fléchissent dans ce changement de position, autrement dit les creux poplités quittent le plan du lit. Si l'on appuie sur les genoux du sujet de manière à obliger les membres inférieurs à rester rectilignes et à ne pas quitter le plan du lit dans la position assise, on éprouve de la part du malade une vive résistance et on provoque chez celui-ci une réelle douleur. Ce signe existait de la manière la plus nette chez notre sujet ; le diagnostic d'une lésion méningée devenait vraisemblable, et, par contre, celui d'urémie ne l'était plus guère. Je priai donc M. Milian de pratiquer la ponction lombaire et d'examiner le liquide céphalo-rachidien au point de vue de sa teneur en éléments cellulaires afin d'être fixé sur ce point.

Le lendemain, à la visite du matin, nous étions définitivement renseignés : le liquide céphalo-rachidien très abondant (car il s'échappait en jet par l'aiguille) renfermait un grand nombre d'éléments cellulaires, de leucocytes où prédominaient les lymphocytes, que vous savez être des globules blancs très petits, pourvus d'un noyau rond opaque vivement coloré par les colorants nucléaires et à peine pourvu de protoplasma ; cela signifiait qu'il y avait méningite, et mieux, méningite tuberculeuse.

Vous n'ignorez pas qu'à l'état normal, le liquide céphalo-rachidien dont vous voyez ici un exemplaire dans ce tube à essai, est absolument limpide comme de l'eau de roche et dépourvu de tout élément cellulaire. A peine, en centrifugeant le liquide, et en prenant pour objet d'examen le culot de centrifugation, peut-on observer un ou deux leucocytes dans deux ou trois champs de microscope à l'objectif à immersion. Mais dès qu'il y a une irritation méningée, même minime, les leucocytes affluent dans le liquide céphalo-rachidien, comme ils affluent dans le tissu cellulaire enflammé et en deviennent dès lors le témoin. Dans les inflammations méningées aiguës, méningites pneumococciques, par exemple, ce sont les leucocytes polynucléaires qui arrivent en foule dans la cavité arachnoïdienne ; au contraire, dans les inflammations subaiguës dont la méningite tuberculeuse est le type, ce sont les lymphocytes. C'est pour cette raison que la présence de ces éléments cellulaires dans le liquide de ponction obtenu chez notre malade nous permettait de croire à la méningite tuberculeuse. La certitude absolue aurait pu nous être donnée par la recherche du bacille de Koch dans le culot de centrifugation du liquide ; cette recherche n'a pas été faite.

L'examen du sang pratiqué nous a donné les résultats suivants :

GR = 5.774.680 P = 89
GB = 20.150 M = 11

ce qui n'a rien de spécial ; c'est là, en effet, une réaction hématologique qu'on observe dans toutes les infections, hyperglobulie avec hyperleucocytose, celle-ci étant due à peu près uniquement à l'augmentation du nombre des polynucléaires qui atteignent 89 pour 100 au lieu de 60 pour 100, chiffre normal.

Je vous ferai remarquer en passant que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ne s'accompagnait pas de lymphocytose sanguine, ainsi qu'on aurait pu le supposer.

Quoi qu'il en soit, l'évolution ultérieure vint confirmer ce que nous disait le laboratoire.

Le 17 février, le malade était agité, délirant, voulant saisir des objets imaginaires, roulant sans cesse les couvertures dans ses doigts, criant, s'échappant

Digitized by Google

du lit comme dans le délire alcoolique. Il poussait fréquemment des plaintes uniformes, sorte de gémissement analogue au cri hydrencéphalique. Enfin il existait du strabisme intermittent et de la raideur de la nuque.

Le 18 février survint une hémiplégie droite, flasque, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté gauche, c'est-à dire vers sa lésion.

Le 19 février il tombait dans le coma et mourait dans l'après-midi.

L'autopsie a révélé une abondante granulie méningée accompagnée de granulie pulmonaire dont l'origine était sans doute deux ou trois gros tubercules anciens enchassés au sommet de l'un des poumons. Les autres viscères ne présentaient que des lésions congestives. Les reins eux-mêmes ne paraissaient pas malades microscopiquement.

J'ai voulu, par ce simple fait, vous montrer quel parti la clinique pouvait tirer de la ponction lombaire dans le diagnostic des maladies aiguës du système nerveux.

Grâce à elle nous avons pu écarter l'urémie que l'albuminurie intense nous faisait de prime abord supposer.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des prématurés

Par le Dr C. Hahn

1° Traitement prophylactique. — Le prématuré doit naître dans une salle convenablement chauffée, la température étant d'environ 20°. Le froid est à redouter ; le praticien l'évitera. Nous dirons tout à l'heure comment. Il y aura intérêt à pratiquer la ligature tardive du cordon, de façon à laisser s'opérer plus longtemps la transfusion sanguine physiologique qui se fait du placenta dans le corps du nouveau-né. On peut donner un bain chaud à 35° pendant 2 à 3 minutes si le prématuré n'est pas trop débile ni trop jeune de vie intra-utérine. Ces bains peuvent être répétés sans inconvénient tous les jours. Si le prématuré est débile, un bain ortié faible sera préférable et une friction à l'huile faiblement camphrée sera pratiquée à la sortie et après qu'on aura essuyé l'enfant. Mêmes précautions pour l'exposition à l'air libre ; on n'y recourra que chez les prématurés suffisamment forts et habitués à vivre préalablement dans une chambre bien aérée et ensoleillée. Le maillot ne sera pas trop serré ; l'enfant doit avoir la poitrine libre dans ses mouvements. Une première couche de ouate pourra envelopper l'enfant et une chemisette de flanelle la recouvrira. Les langes doivent être changés dès qu'ils sont souillés par l'urine et les déjections. Schmidt recommande en outre de porter les enfants chaudement enveloppés par la chambre, de changer leur position, de les tenir couchés sur le ventre, en sorte que les hypostases des poumons soient évitées.

Si l'enfant n'a pas la force de téter, la mère fera couler elle-même le lait dans la bouche du nourrisson ou bien elle l'alimentera par la cuiller. Quelquefois même on devra user du gavage (introduction par la sonde de 8 gr. de lait : sonde en caoutchouc rouge, introduite à 15 centim.) ; le gavage peut être répété toutes les heures et demie ou toutes les deux heures. L'alimentation rectale a été également préconisée quand l'enfant est incapable d'avaler (15 gr. de lait et 15 gr. d'eau d'amidon avec une pincée de poudre de peptone).

Les choses se simplifient quand l'enfant a la force de téter ; en pareil cas, la mère donnera le sein toutes les 1 heure 1/2 environ. Si le prématuré est nourri artificiellement, on espacera davantage les périodes d'alimentation, le lait de vache étant difficilement digestible. Un intervalle de 2 heures 1/2 est nécessaire en pareil cas.

J'ai eu l'occasion de procéder de la façon suivante : le premier jour pendant les 12 premières heures, toutes les heures 1/2, une cuillerée d'eau sucrée, en évitant de donner du lait ; au bout des 12 premières heures, le sein maternel était donné trois à quatre fois et, à son défaut, du lait de vache coupé. Les jours suivants, les prises du lait étaient augmentées (8 le troisième jour). Le chiffre de 8 tétées ne doit en général pas être dépassé.

Voici, d'après Delestre, les quantités moyennes de lait prises 1° par des prématurés pesant moins de 1.500 gr., 2° par des prématurés pesant 1.500 à 2.000 gr.

Enfant pesant moins de 1.500 gr.		Enfant pesant de 1.500 à 2.000 gr.	
2e jour	125 gr.	2e jour	190 gr.
3e —	135 —	3e —	230 —
4e —	160 —	4e —	290 —
5e —	165 —	5e —	310 —
6e —	180 —	6e —	320 —
7e —	185 —	7e —	325 —
8e —	215 —	8e —	330 —
9e —	235 —	9e —	340 —
10e —	250 —	10e —	345 —

Les chiffres de Delestre sont un peu inférieurs à ceux de Budin ; ce dernier admet que les enfants doivent prendre comme quantité de lait, à partir du 10e jour, les 2/10 de leur poids, plus une quantité variant de 20 à 40 gr. Cette divergence entre les auteurs au sujet des quantités de lait prises pour un poids donné tient à ce que, pour un même poids,

Digitized by Google

on peut avoir des prématurés ayant un degré de formation, partant de fonctionnement vital, différent.

Inutile de dire que le lait de la mère est le meilleur. Sa composition est adaptée au chimisme stomacal de l'enfant ; le lait maternel donné directement est aseptique ; en outre c'est un liquide vivant, d'où sa valeur nutritive particulière.

Ajoutons que le caillot du lait de femme étant liquide n'a pas besoin d'être brassé par l'estomac comme le caillot du lait de vache.

Faute de lait maternel, on usera du lait de vache stérilisé ; son emploi bien ordonné atténuera les troubles digestifs et permettra d'éviter le rachitisme. L'allaitement mixte, quand il est possible, sera supérieur à l'allaitement artificiel ; l'adjonction du lait de femme au lait de vache aide la digestion de ce dernier. On a également proposé le lait maternisé, c'est-à-dire le lait auquel une préparation préalable donne une composition rapprochée de celle du lait de femme. Le lait de Budin et Michel, préparé au moyen de macérations de pancréas destinées à transformer la matière albuminoïde en albumoses et en peptones, a donné chez certains prématurés d'assez bons résultats. Taylor et Wells préfèrent une mixture à parties égales de lait peptonisé et d'eau d'orge : une cuiller à thé toutes les deux heures. En général on peut poser cette règle : chez les prématurés sains, le lait stérilisé bien employé suffit ; quand les prématurés sont atteints de gastro-entérite, le lait maternisé n'a pas beaucoup plus de chance que le lait stérilisé d'être bien supporté par le malade. Et ce manque d'effet salutaire se conçoit : toutes ces manipulations ont pour résultat d'altérer le lait, de faire disparaître certaines de ses diastases, de détruire ses propriétés biologiques fondamentales.

L'usage du lait de chèvre pris à la mamelle ou peu de temps après la traite serait plus à recommander. Il ne renferme pas plus de 15 à 25 gr. de caséine par litre et peut aisément être digéré des nouveau-nés. Les prématurés s'en trouvent du reste fort bien.

Les parents craignent en général que le bébé ne soit pas suffisamment nourri et ils ont une tendance à forcer les doses de lait ou à le donner insuffisamment coupé. L'emploi du lait d'ânesse me paraît contre-indiqué chez les prématurés.

2° Traitement curatif. *Hypothermie.* — Les prématurés débiles sont très sensibles au froid ; l'enveloppement ouaté dans une chambre chaude, le changement de linge devant un bon feu de cheminée remédieront aux dangers du froid. On pourra même disposer devant la cheminée un paravent enveloppant le berceau et couvrir le paravent d'un drap, de façon à réaliser une sorte de couveuse artificielle. Des bains sinapisés très faibles, des injections de sérum artificiel seront des adjuvants dont on usera, si nécessaire. A l'hôpital, c'est la couveuse qui est naturellement usitée. Toutefois MM. Hutinel et Delestre ne la recommandent pas dans les cas d'infection de l'enfant ; d'après eux la constance de la température de la couveuse favoriserait la pullulation des microbes. Cette opinion n'a pas prévalu et des exemples ont été publiés, où l'effet contraire a été obtenu et où les enfants infectés ont guéri dans la couveuse alors qu'il ne semble guère qu'ils auraient pu survivre autrement (Gagey). On sait du reste que dans le sclérème, où il y a infection, on a retiré de très grands avantages de la couveuse. La température de celle-ci variera de 31° à 35° ; on y laissera l'enfant jusqu'à ce qu'il atteigne la température de 37° (Hutinel et Delestre) ou jusqu'à ce qu'il augmente régulièrement de poids, son degré thermique montant aux environs de 36°,5. On a encore proposé une autre sorte de couveuse, la couveuse humide quand il y a hypothermie marquée, sclérème, cyanose ; — mais celle-ci offre d'autres inconvénients, elle gêne l'évaporation cutanée, conséquemment l'élimination de certains déchets. La preuve définitive n'est pas faite des avantages qu'on pourrait retirer de son emploi, Peut-être seraient plus recommandables les chambres d'incubation demandées par Marfan : un calorifère à eau chaude permettrait d'avoir ici 23°, là 28° ou 30°. dans une série de pièces différentes. Une objection se montre qui atténue les avantages de ces chambres d'incubation : le danger des épidémies. Qu'un enfant soit atteint d'une maladie contagieuse, tous les autres risquent d'être contaminés.

Traitement de la gastro-entérite. — Lorsque la couleur verte des selles est due non à une élimination de pigments biliaires (réaction de l'acide azotique), mais à une production chromatique bacillaire, surtout lorsque les selles sont en même temps neutres ou légèrement alcalines, on emploie souvent avec succès l'acide lactique dont on a préconisé la solution suivante :

Acide lactique.....	2	grammes
Sirop de framboise.....	30	—
Eau distillée.....	100	—

Par cuillerées à café dans les 24 heures.

Cette potion devra être donnée dans l'intervalle des tétées, 20 minutes avant ou après les repas, afin d'éviter une coagulation en masse du lait. L'acide lactique agit à la fois par son pouvoir antiseptique et en stimulant légèrement l'activité de la muqueuse.

On *évitera autant que possible le salicylate de bismuth, le benzo-naphtol, le salol, le bétol, le dermatol*, et cela pour la raison suivante : ces corps

Digitized by Google

sont plus ou moins irritants pour la muqueuse gastro-intestinale. Je sais bien qu'ils ont un pouvoir antiseptique plus ou moins grand, mais il convient d'être prudent dans leur emploi ; je m'explique : à quoi est dû le développement de microbes dans le tube digestif sinon au fait que la muqueuse, devenue débile, ne possède plus qu'un faible pouvoir bactéricide ? Or, si l'on veut obtenir de bons résultats, c'est la muqueuse surtout qu'il faut stimuler, c'est sa vitalité qu'il faut relever ; une fois que celle-ci fonctionnera normalement, la muqueuse se chargera bien elle même, grâce au pouvoir bactéricide de ses humeurs et de ses phagocytes, surtout si elle a été préalablement lavée (lavage de l'estomac ou de l'intestin), de combattre les microbes et d'éliminer ou de neutraliser toutes leurs toxines. Si au contraire on emploie des corps irritants pour la muqueuse gastro-intestinale, comme celle-ci est devenue de par son mauvais fonctionnement un véritable bouillon de culture, — lorsque les premiers microbes seront éliminés, d'autres microbes viendront remplacer les premiers ; si alors l'enfant n'est pas assez résistant pour réagir contre l'influence irritante de l'antiseptique, l'état infectieux de la muqueuse gastro-intestinale risquera de se prolonger, — et d'autant plus que la muqueuse irritée est plutôt accrue dans sa débilité que diminuée par l'ingestion de cette catégorie de médicaments.

De plus : il faut tenir compte de ce fait que l'élimination des médicaments chez le nourrisson, avant le sevrage, est faible. On ne prescrira donc chez les prématurés que des antiseptiques non irritants par leur toxicité et stimulants directs ou indirects de la muqueuse. On conçoit, dans ces conditions, que l'acide lactique à dose faible fournisse de bons résultats ; il en est de même du calomel, antiseptique non irritant, qu'on donne à doses fractionnées.

Une seconde indication que nous croyons devoir formuler, c'est *qu'il faut généralement éviter de couper brusquement la diarrhée.* On évitera donc autant que possible l'emploi des sels de bismuth sauf dans les cas particuliers où il y a véritablement urgence à enrayer rapidement la diarrhée.

Doit-on donner de l'opium contre la diarrhée ? Nous ne le conseillons pas.

Dans les diverses formes de diarrhée et en particulier dans les formes graves de la gastro-entérite aiguë, qu'on ait affaire au choléra infantile ordinaire ou au choléra sec, on obtiendra les meilleurs effets de l'emploi de la diète hydrique qui, en *reposant* le tube digestif, en empêchant l'apport ou la formation de nouveaux principes toxiques, en favorisant l'élimination de ceux qui restent, sera une stimulatrice indirecte de la muqueuse et assurera les meilleures conditions antiseptiques. On emploiera l'eau pure, soit de l'eau de source, si c'est possible, ou à défaut l'eau stérilisée ou bouillie et filtrée. Il est préférable de ne pas faire usage d'eaux minérales même peu chargées (eaux de Vals, d'Alet, etc.). On donnera à l'enfant de l'eau légèrement dégourdie qui convient mieux que l'eau froide au bon fonctionnement de la muqueuse gastro-intestinale. D'après Marfan, la quantité à faire ingérer à un nourrisson doit être en général d'un demi-litre à un litre dans les 24 heures. On prescrira la diète hydrique jusqu'à ce qu'il se soit produit une amélioration notable dans la diarrhée. On la fera durer, selon les cas, de 24 à 36 heures ou même plus, si cela devenait nécessaire.

Il y a des auteurs qui prescrivent environ 25 grammes d'eau bouillie tous les quarts d'heure, ce qui fait près de deux litres et demi en 24 heures. Cette quantité de liquide nous paraît un peu exagérée, du moins dans les cas de gravité moyenne, même en tenant compte de la déshydratation plus ou moins grande des tissus.

Nous nous sommes bien trouvé de faire prendre à des prématurés, tous les trois quarts d'heure, 3 cuillerées à café d'eau et toutes les 2 heures, la nuit, de 4 à 8 cuillerées : ce qui fait 360 à 480 grammes dans les 24 heures. Il y a des prématurés qui ne peuvent absorber guère plus de 400 à 450 grammes d'eau par jour. C'était en particulier le cas d'un prématuré de 8 mois, L. B..., qui était à sa cinquième rechute de diarrhée verte lorsque nous eûmes à le soigner et qui, mis à la diète hydrique, ne pouvait absorber plus de 400 gr. d'eau par jour.

On obtient de bons résultats dans les diarrhées vertes ordinaires, même en ne faisant prendre qu'une cuillerée à café d'eau toutes les demi-heures. Dans les gastro-entérites aiguës graves et très graves, on sera appelé à donner des doses plus fortes, à cause de la plus ou moins grande déshydratation des tissus. On peut accompagner la diète hydrique, surtout dans des cas graves, de *grands lavages intestinaux* qui ont pour but de débarrasser l'intestin de produits plus ou moins toxiques ou de décomposition qu'il renferme. On se servira d'un bock ordinaire à la partie inférieure duquel on adaptera un tube en caoutchouc assez long, en le raccordant lui-même par le moyen d'un petit tube de verre de quelques centimètres à une sonde Nelaton n° 25 de la filière Charrière, sonde que l'on enfoncera, l'enfant étant couché sur le dos, lentement et progressivement, à une profondeur de 20 centimètres. On aura soin d'élever le bock de 30 centim. au-dessus du lit.

Pour les lavages on emploiera soit l'eau bouillie additionnée de 7 gr. de chlorure de sodium

Digitized by Google

par litre, soit l'eau de guimauve, à la température de 25° et en ne dépassant pas un litre à un litre et demi.

On peut faire suivre la diète hydrique et les lavages intestinaux de l'administration d'eau panée et de kéfir.

Dans les cas de diarrhée moyenne, on commencera à notre avis, par donner de l'eau panée, qui est bien supérieure aux autres substances antidiarrhéiques. L'eau panée peut être donnée soit à la place de l'eau de coupage du lait, soit autrement, à la place d'une prise de lait par exemple. Si alors l'eau panée ne réussit pas, on recourra à la diète hydrique. L'eau panée réussit presque toujours à enrayer les diarrhées légères et de gravité moyenne, souvent même les diarrhées graves. Je me suis bien trouvé d'adjoindre au traitement par l'eau panée des frictions d'*huile d'œillette* faites sur le ventre, et je recommande donc ce procédé. On peut employer encore l'eau de riz, l'eau albumineuse, la décoction blanche de Sydenham, etc.

Récemment Cattanco, de Parme, a expérimenté avec succès la teinture d'iode pour les diarrhées infantiles ; sa formule est la suivante :

Teinture d'iode.....	10 à 15 gouttes
Eau distillée.....	150 grammes
Sirop simple.....	20 —

F. S. A., faire prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Cette médication a été associée a la diète hydrique, aux lavages intestinaux et a donné de bons résultats,

Traitement de la dyspepsie. — En cas de dyspepsie on vérifiera le nombre des tétées, on en abaissera le nombre au besoin, dans les cas où elles arriveraient à 10 ou 9 par jours ; on fera porter la suppression principalement sur les tétées de la nuit; on portera son attention sur la façon dont le lait est coupé. Ainsi, par exemple, il y a des enfants qui ont de la dyspepsie avec des coupages aux 2/3 d'eau et qui avec 1/2 d'eau pour 1/2 de lait se trouvent mieux et inversement.

Je rappellerai à cette occasion qu'il faut en général donner plus longtemps aux prématurés du lait coupé qu'aux enfants à terme. D'ordinaire, pour les enfants à terme, on coupe dans la 1re semaine le lait de moitié d'eau sucrée à 10/100, puis d'un tiers pendant les 4 ou 5 premiers mois, pour arriver vers le 6e mois à donner du lait pur légèrement sucré. Si je fais une moyenne portant sur quelques prématurés seulement, ce qui m'empêche de la généraliser, je dirai que souvent chez les prématurés on est obligé de couper du 1er au 3e mois le lait de 2/3 d'eau, puis du 3e au 5e mois d'un 1/2 d'eau, du 5e au 6e ou 7e d'un 1/3 d'eau, pour arriver vers le 8e et plus rarement vers le 9e, à donner le lait pur légèrement sucré. On aura soin naturellement dans le coupage d'ajouter 10 à 15 parties de sucre pour 100 d'eau.

On pourra prescrire de l'eau de Vichy (quelques cuillerées à café par jour), de l'eau de Vals ; d'après Baumel, les eaux de Vals et de Vichy auraient l'inconvénient assez grave, surtout chez les enfants jeunes, de dilater l'estomac par suite du dégagement de CO_2.

Traitement de l'athrepsie. — On emploiera l'allaitement naturel et on ne recourra au lait stérilisé, au lait maternisé, au gavage, que si l'allaitement naturel est impossible. Les injections de sérum artificiel, l'emploi de la couveuse, les frictions stimulantes chaudes au vinaigre aromatique et au baume de Fioraventi, les inhalations d'oxygène sont généralement employés. On pourra donner également des bains chauds, des bains salés faibles, et des bains ortiés (ortie ordinaire).

Traitement du muguet. — Le collutoire employé par Baumel rendra des services :

Borate de soude.....	ãã 10 grammes
Miel rosat.....	

En badigeonnage 3 fois par jour avec un pinceau de blaireau.

Soit encore la potion suivante :

Eau de chaux.....	ãã 60 grammes
Eau de laitue.....	
Sirop simple.....	100 —
Teinture de musc.....	4 —

On fera des lavages d'estomac et d'intestin pendant que le muguet en est à son début, pour éviter les infections digestives

Traitement de l'atélectasie pulmonaire avec apnée, et de la cyanose. — La respiration artificielle et de préférence l'insufflation, seront pratiquées sur des prématurés d'au moins 8 mois. Nous ne partageons pas l'avis de certains auteurs qui conseillent de donner à tout instant, et au moindre cri, à manger à l'enfant afin d'empêcher le retour de l'état asphyxique, à moins que l'on n'ait affaire à du lait de femme. Les inhalations d'oxygène sont préférables. On a également conseillé de provoquer chez les prématurés l'éternument en chatouillant la plante des pieds, les narines, et en faisant respirer de l'ammoniaque (Miller). On fera des frictions à l'alcool, au vinaigre, au vin aromatique ; on peut plonger l'enfant alternativement dans l'eau froide puis chaude, ou employer simplement un bain très chaud, ou des bains chauds sinapisés ; on a également conseillé de faire couler un filet d'eau froide sur la région précordiale — procédé douteux — ou d'électriser par des courants continus.

Digitized by Google

Dans le cas de cyanose liée à de l'apnée avec atélectasie, chez des prématurés débiles de 6 à 7 mois de vie intra-utérine et présentant des organes inachevés, on se gardera bien d'employer l'insufflation dont on n'obtiendrait aucun résultat; car la gêne de la respiration tient ici non à des obstacles mécaniques, mais à l'état fœtal du poumon. On mettra alors en pratique le procédé d'Audebert qui est le suivant :

On imprime à la tête des mouvements d'extension et de flexion; pendant l'extension les côtes et le diaphragme se soulèvent, on fait de l'inspiration; pendant la flexion on fait de l'expiration en même temps que les mucosités bronchiques et trachéales sont exprimées au dehors : « L'accoucheur, dit Audebert, assis sur une chaise basse, étend sur ses genoux croisés le nouveau-né, qui doit être dans le décubitus dorsal, le tronc est découvert, la tête et les jambes dépassant à droite et à gauche la cuisse de l'opérateur. La tête est alors coiffée par la main droite, dont la paume embrasse la nuque et l'occiput, le pouce est au niveau de l'oreille gauche, les quatre autres doigts prennent un point d'appui auprès de l'oreille droite. En même temps la main gauche saisit solidement les membres inférieurs.

« Dans cette attitude la main droite porte la tête en extension complète et les membres inférieurs sont attirés en bas par l'autre main; le corps est alors dans l'opisthotonos... » Au 2e temps, « le mouvement s'exécute en sens inverse. La main droite soulève lentement la tête et la met en *flexion* complète jusqu'à ce que le menton vienne au contact du sternum. De la main gauche on rapproche les membres inférieurs du bassin, en les fléchissant au maximum et en portant les cuisses sur l'abdomen. Cela fait, le nouveau-né est pelotonné *en boule*, c'est-à-dire que les extrémités supérieures et les extrémités inférieures sont fléchies et la colonne vertébrale décrit une courbure à convexité postérieure... Ce procédé qui n'est pas fatigant peut être continué pendant longtemps. »

Outre les inhalations d'oxygène dont nous avons parlé plus haut, on pourra avoir recours aux injections sous-cutanées d'éther, conseillées par Miller, qui faisait également des injections de teinture de musc, de cognac. L'emploi de la couveuse en particulier de la couveuse humide, ou d'une chambre convenablement chauffée est également indiqué pour combattre l'apnée.

Quand la cyanose est liée à une infection on obtiendra de bons résultats en faisant précéder les injections sous cutanées de sérum artificiel d'une petite saignée « faite, dit Delestre, par une incision pratiquée au gros orteil et en aspirant le sang avec une pipette... Lorsqu'ayant eu recours à ces saignées nous n'avons pas obtenu la guérison de nos prématurés infectés, nous avons toujours eu une amélioration immédiate et souvent assez durable. » Dans le cas de cyanose liée à l'inanition, on s'efforcera d'alimenter davantage le petit malade.

Traitement de l'ictère. — Il consiste d'une part à combattre la débilité congénitale par la chaleur, l'alimentation au sein, et, d'autre part, à activer les mouvements du diaphragme et du thorax afin d'exprimer le foie, et par suite, faire s'écouler la bile. On pourra employer la manœuvre d'Audebert décrite plus haut, ou bien se servir de bains alternativement froids, puis chauds (35°), ou bien faire des frictions thoraciques très douces avec de l'huile tiédie.

Traitement de la broncho-pneumonie. — Le traitement de cette affection étant longuement décrit dans les ouvrages, nous n'insisterons que sur certains points particuliers : 1° si on emploie des injections stimulantes, on ne les donnera pas trop fortes d'emblée ; 2° on évitera de faire des injections de sérum artificiel, et s'il se présentait une indication particulière pour en faire, on n'en userait qu'avec une extrême prudence, car les prématurés ayant une grande tendance aux hémorragies surtout du fait de la fragilité de leurs vaisseaux, l'injection du sérum aurait pour effet d'amener une augmentation de la tension artérielle qui favorise les hémorragies ; 3° on ne donnera pas de vésicatoires, mais au contraire de larges cataplasmes de farine de lin saupoudrés de farine de moutarde et renouvelés plusieurs fois par jour (3 ou 4 fois), et suivis d'un enveloppement ouaté.

Il y a trois catégories de bains qui sont spécialement recommandés contre la broncho-pneumonie : 1° les bains sinapisés; 2° les bains ortiés; 3° les bains de bourgeons de sapin.

J'ai cru devoir ajouter à la première catégorie (bains sinapisés) ces deux autres (bains ortiés et de bourgeons de sapin), car à l'expérimentation ils m'ont donné de bons résultats.

Si on emploie à la fois les bains sinapisés, les bains ortiés, les bains de bourgeons de sapin, on aura soin d'alterner en espaçant d'une façon convenable. On revêtira les prématurés, par dessus une couche de ouate de pin, d'une chemisette faite de « laine de pin ». On réalisera l'antisepsie au moyen d'inhalations de vapeur d'eucalyptus, de thymol, etc. Comme vomitif expectorant on peut employer le sirop d'ipéca dans le cas où l'on ne pourrait obtenir le vomissement par la titillation de la luette. On peut faire en outre un lavage d'estomac, si le besoin pressant s'en fait sentir.

Traitement de l'œdème et du sclérème. — On

Digitized by Google

réchauffera l'enfant en le mettant dans une couveuse ; on emploiera des inhalations d'oxygène, et, au besoin, le gavage ; on stimulera les fonctions de la peau à l'aide de frictions à l'huile camphrée tiède, avec du miel directement extrait de ses rayons ; on fera usage de ce dernier procédé, que j'ai employé avec succès, avec une grande prudence afin d'éviter de léser les téguments; on peut encore simplement appliquer le miel, étendu sur un linge, dans le dos ou à la région pectorale. Les toniques du cœur, caféine, huile camphrée, donnent souvent de bons résultats. Quant aux injections de sérum artificiel, elles amèneraient une prompte diminution de l'œdème accompagnée, au moment et par suite de sa disparition, d'une brusque diminution de poids pouvant atteindre jusqu'à 100 grammes en 24 heures. Cette perte de poids est d'un bon pronostic.

Traitement des infections bacillaires en général. — Le traitement général des infections est le même que celui de la broncho-pneumonie : bains chauds, ou encore sinapisés, bains ortiés, bains d'eucalyptus faibles (on aura soin de ne pas dépasser 3 ou 4 minutes). On fera des lavages de l'estomac et de l'intestin, qu'il existe ou non des troubles digestifs. Ne faire en cas de nécessité, c'est-à-dire en cas d'hypotension artérielle très marquée, que quelques injections de sérum artificiel dans le tissu cellulaire de la région interscapulaire, par exemple, à l'aide d'une seringue de Roux stérilisée. On peut injecter 30 centimètres cubes en deux fois, matin et soir. L'injection de sérum artificiel à 7 pour 1000 est la meilleure de toutes, cependant elle donne lieu à des réactions fébriles (Delestre) (1).

L'injection de sérum a surtout, à mon avis, pour effet, en dehors d'une légère réaction sanguine, de permettre au cœur de reprendre son travail grâce à une augmentation suffisante de la masse sanguine.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Les causes de notre dépopulation

M. le Dr E. Maurel vient de consacrer un travail intéressant à ce problème (2). Le fait est qu'il y a de quoi s'alarmer. Dans l'accroissement comparé de la population tel qu'il a été établi pour les grands pays d'Europe, la France tient le dernier rang. De 1850 à 1900, tandis que la Russie s'est accrue de 93 0/0, l'Allemagne de 59 0/0, l'Angleterre de 52 0/0, l'Autriche-Hongrie de 47 0/0, l'Italie de 37 0/0, quel chiffre trouvons-nous pour la France? Bien inférieur à tous ceux-là, il n'est que de 9 0/0. L'auteur assigne diverses causes à cette augmentation insignifiante. Nous ne retiendrons que certaines d'entre elles, parce qu'aussi bien ce sont les plus essentielles et celles qui dominent toutes les autres : nous voulons dire les causes morales. Le Français n'a plus d'enfants, car il lui répugne de quitter ses aises et de partager entre plusieurs un pain qu'il estime à peine suffisant pour lui seul. C'est un principe égoïste qui le guide. Et ce principe égoïste se renforce d'un second élément qui aboutit aux mêmes conséquences, j'entends l'ambition démesurée de chacun. Nul ne consent à rester à sa place, chacun prétend s'élever, sortir des barrières que lui avait assignées sa naissance. Si le père n'arrive lui-même à franchir ces barrières, il caressera ce rêve pour ses enfants et les poussera à faire ce qu'il n'avait pu accomplir lui-même : monter d'un degré dans la hiérarchie sociale. Or, l'éducation d'un enfant est coûteuse ; les parents n'arrivent à la rendre complète qu'à condition de la réserver à peu d'élus ; ils restreindront le chiffre des enfants pour mener à bonne fin l'éducation du fils, de l'unique, qu'ils prétendent voir plus grand et plus considéré qu'eux.

Egoïsme d'une part, ambition de l'autre, voilà les deux grandes causes. D'où viennent-elles? De la place prépondérante que prennent les intérêts de l'individu dans le groupement social. Chacun ne songe qu'à soi ; les besoins de la communauté n'émeuvent plus personne. L'idéal manque qui réunit dans une pensée commune les âmes de la nation. Ces âmes ne sentent plus à l'unisson ; le lien est rompu qui les faisait vibrer dans un ensemble de sentiments partagés, sentiments qui dérivaient de quelques notions universellement consenties et dont Dieu et la Patrie figuraient les plus essentielles. Et voici pourquoi l'heure actuelle est grave. Une nation ne vit qu'à la condition de subordonner les intérêts individuels aux intérêts collectifs ; l'acceptation d'un idéal commun qui plane au-dessus de tous, favorise le détachement de soi et l'esprit de sacrifice; on s'immole en vue du bien-être général. C'est cet idéal qu'il conviendrait de créer et de faire pénétrer dans les cœurs. Lequel? Qui enseignera le vocable ayant chance de réunir l'assentiment de tous? Est-ce l'idéal d'hier qui va refleurir et subir un épanouissement nouveau et une sorte de rajeunissement en rapport avec les changements du milieu? L'idée de Dieu, de Patrie vont-elles reparaître agrandies, dépouillées, épurées de tout ce que le fanatisme et l'ignorance avaient pu y enfermer de puéril, de mesquin, de barbare ? Ou bien, une foi nouvelle a-t-elle pouvoir d'ébranler les âmes? Une idée neuve va-t elle surgir ui groupera autour de sa bannière l'unanimité des suffrages? L'avenir est noir et troublant d'inconnues.

C'est dire que cette question de la dépopulation touche aux fondements mêmes d un ordre social. Les destinées d'une nation sont attachées à la réponse qui y sera faite.

(1) Le chlorure de sodium par lui-même peut d'après ce dernier auteur, amener au bout de quelques injections, une diminution dans le nombre des globules rouges, aboutissant à l'anémie.

(2) Oct. Doin, édit. Broch. in-8° de 110 pages.

Digitized by Google

Tous les remèdes matériels qu'on opposera à l'état actuel des choses demeureront sans effet. Le principe de Brunetière reste vrai dans son ensemble.

« Il n'y a pas de question sociale qui ne s'analyse en une question morale, et il n'y a pas de question morale qui ne soit dans son fond une question religieuse », le mot de religion à notre sens devant être entendu très largement, et comme signifiant une doctrine très haute et très pure qui entraîne la foi non discutée de toute une nation.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'otite moyenne chronique et de la sclérose tympanique par les eaux sulfurées sodiques hyperthermales d'Ax-les-Thermes. — Si le bouchon de cérumen est le triomphe du médecin auriste, on n'en peut pas dire autant de l'otite moyenne chronique non suppurée et surtout de la sclérose tympanique qui fait le désespoir du malade et du praticien. Devant les insuccès des nombreux procédés thérapeutiques usités, je songeai, dès le début de ma pratique médicale, à utiliser pour le traitement de l'otite moyenne chronique les vapeurs sulfureuses hyperthermales qui émanent spontanément de certaines sources d'Ax dont la température est de 75°. Je pensai que ces vapeurs qui trouvent une application heureuse dans les catarrhes chroniques du nez et du pharynx pouvaient être employées utilement dans les affections de la trompe et de la caisse, dont elles sont si souvent une conséquence.

Je me livrais à des recherches, et en 1900 je faisais installer sur le griffon de la source Viguerie un appareil spécial « le Vaporigène » qui remplit le but proposé.

Il serait trop long de donner à cette place une description de cet appareil ; il me suffira de dire qu'il permet de faire varier à volonté, selon les besoins de leur emploi :

1° la pression ;

2° la température ;

3° l'état hygrométrique des vapeurs sulfureuses :

4° de mélanger à ces vapeurs une quantité d'air variable à mon gré.

Enfin, la pression, la température, l'état hygrométrique, restent indépendants les uns des autres dans ces variations, ce qui revient à dire que l'on peut à volonté faire varier soit un, soit deux, soit trois de ces facteurs tout en conservant leur fixité aux autres.

En effet, tous les malades ne sont pas justiciables de la même thérapeutique : tel cas demande des vapeurs sulfureuses sèches et très chaudes, tandis que tel autre réclame de l'humidité et une température moins élevée ; l'un s'accommodera bien d'une sulfuration forte et un autre se trouvera mieux d'une minéralisation plus faible. En un mot, l'état physique et la composition des vapeurs sulfureuses doivent être appropriés à chaque cas : autant la sclérose confirmée, ancienne, est redevable d'une médication énergique, autant il faut, en général, être prudent lorsqu'il s'agit par exemple de catarrhe-tubo-tympanique, ou d'otite moyenne chronique accompagnée de bourdonnements. L'état général du malade répond lui-même à des médications diverses, et c'est de la double observation de la maladie et du malade que découle la juste application du traitement.

J'ai soigné 19 malades atteints d'otite moyenne chronique ou de sclérose confirmée et pour me rendre compte des progrès accomplis, j'ai pris des mesures acoumétriques avant et après le traitement. Dans ce but, chacun de mes malades a été soumis à quatre épreuves différentes : l'acoumètre de Politzer, la voix haute, la voix basse, la montre.

L'observation des malades traités m'a fourni les conclusions suivantes :

1° De tous les malades que j'ai soignés, le traitement n'a été nuisible à aucun.

2° Les bourdonnements des scléreux sont heureusement modifiés quand ils ne disparaissent pas.

3° Dans les otites moyennes, chroniques au début, sans altération notable de la caisse et de l'oreille interne le traitement a été très efficace; l'amélioration s'est maintenue intacte et il me semble permis de supposer que l'affection a été enrayée.

4° Dans les scléroses confirmées, l'amélioration est variable, elle est proportionnelle à l'ancienneté de l'affection plus qu'à l'âge du malade, et elle est d autant plus durable que l'écart entre les deux mesures est plus grand.

5° D'une façon générale, les résultats sont meilleurs dans les cas où l'épreuve de Prinne est négative et dans ceux où l'oreille interne paraît bonne.

6° Le traitement est plus efficace dans la forme lente que dans la forme rapide.

Enfin, j'ai remarqué que dans les antécédents personnels ou héréditaires de la plupart de mes malades, le rhumatisme chronique est une affection des plus fréquentes, et je me demande si la sclérose de l'oreille n'est pas la conséquence d'une poussée rhumatismale qui se ferait sur l'oreille moyenne au même titre qu'au genou ou au coude, y déterminant d'abord une polyarthrite de la chaîne pour donner ensuite naissance à la formation d'un tissu scléreux progressivement envahisseur

C'est par la haute valeur thérapeutique antirhumatismale de la source Viguerie et par l'hyperthermalité de ses vapeurs sulfureuses que j'expliquerais les résultats obtenus. — Dr Lajaunie.

Les inconvénients de l'arrhénal. — A la suite de la communication de M. A. Gautier, M. Vigenand a employé l'arrhénal chez plusieurs malades. Il l'utilisait en injections hypodermiques de 5 centigr. tous les jours pendant 5 jours. Sur 4 sujets, il eut à enregistrer des hémoptysies et des crachats sanguinolents. En même temps la fièvre s'élevait et ces accidents se reproduisirent, la dose injectée étant même réduite à 2 centigr. Chez ceux des malades qui prirent l'arrhénal en gouttes, en potion ou en pilules, les symptômes furent identiques bien que plus atténués ; trois d'entre eux eurent des crachats sanglants. M. Legendre rappelle à ce propos que l'arrhénal est un composé arsenical et qu'on sait depuis longtemps que la fièvre et les hémoptysies sont deux contre indications formelles à l'emploi de l'arsenic. M. Bardet ajoute que la voie hypodermique est mauvaise pour l'arrhénal et que c'est la grande supériorité de ce produit de pouvoir être administré par la bouche, tandis que les cacodylates ne doivent être utilisés que par injection. D'autre part, cette dose de 5 centigr. d'arrhénal employée au début par M. Vigenaud est trop élevée (*Société de thérapeutique*, 11 juin).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Le traitement du diabète

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin

Le traitement médicamenteux du diabète est institué de la manière suivante par M. Albert Robin :

1° Pendant 3 jours prendre, une heure avant les repas, dans un peu d'eau de selz un des paquets suivants :

Antipyrine..... } ãã 1 gramme
Bicarbonate de soude..... }

P. 1 paquet. F. paq. n° 6.

L'effet de ce premier traitement est de faire baisser la proportion de sucre de 50 0/0.

2° On fera suivre la prescription de l'antipyrine de l'usage de la quinine : 60 centigr. de bichlorhydrate de quinine six jours de suite, le matin au réveil.

3° On emploiera l'arséniate de soude :

Arséniate de soude..... 0 gr. 05
Eau distillée..... 300 grammes

Une cuillerée avant les repas.

Le carbonate de lithine pourra être absorbé en même temps : 20 centigr. un quart d'heure avant déjeuner et dîner, dans un verre à Bordeaux d'eau de Vichy.

L'arrhénal et le cacodylate de soude ne réussissent pas aussi bien que l'arséniate de soude ; ils seront utiles chez les diabétiques cachectiques. La durée d'emploi des arsenicaux sera de 15 jours.

4° A ce moment, un bon tiers des diabétiques (30 à 40 0/0) se trouvent guéris. Pour les autres on pourra poursuivre la médication de la manière suivante. Comme moyen d'alcalinisation, on recommandera le citrate de soude ou le tartrate de potasse :

Citrate de soude..... 5 grammes

P. 1 paq. à prendre un quart d'heure avant déjeuner et dîner. F. paq. n° 20.

Ou bien :

Tartrate de potasse..... 4 grammes

P. 1 paq. F. paq. n° 10. — Un paquet avant déjeuner dans un peu d'eau.

On continuera 10 jour.

En cas d'insuccès, recourir aux sédatifs nervins :

Extrait bellad.. ..... 1/2 centigr.
— théb..... ..... 0 gr. 01
— valér ..... 0 — 15

P. 1 pilule. F. pil. n° 30. — 3 par jour.

On peut augmenter d'une pilule jusqu'à 10 par jour. Le remède est utile dans les grands diabètes pancréatiques.

5° M. Albert Robin use en outre d'une série de médications accessoires : le quinquina sous forme de bon vin ou de pilules d'extrait à 0 gr. 20. Le quinquina sera continué tout le temps. Les feuilles de géranium Robertsianum sont un remède populaire ; il jouit de quelque action ; on prescrira une tasse d'infusion à 4 heures.

Le traitement hydrominéral complètera la médication. Les diabétiques florides et gras seront dirigés sur Vichy ; les diabétiques fatigués, déjà pâles et amaigris seront envoyés à Carlsbad ; à ceux qui seront atteints de consomption plus avancée et enclins à la tuberculose, conviendra la Bourboule.

Si la tuberculose se montre, le diabète passe au second plan, c'est la tuberculose qui prime tout. On prescrira comme dessicateur bronchique la créosote en lavements, afin de ménager l'estomac :

Créosote de hêtre .... 10 grammes
Déc. de bois de Panama 2 %.. 90 —

Une cuillerée à café dans 150 gr. d'eau pour un lavement.

S'il y a fièvre, on usera de l'antipyrine qui est à la fois un remède antifébrile et antidiabétique (0 gr. 50 antipyrine, 2 fois par jour). L'arrhénal pourra être utilisé :

Solution arrhénal 5 0/0

20 gouttes avant déjeuner, 4 jours de suite ; faire suivre d'une interruption de 4 jours.

En place d'arrhénal pourront aussi être pratiquées les injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Les tanniques seront ordonnés dans la phase d'interruption de l'arrhénal ; ils fatiguent peu l'estomac :

Acice tannique..... 1 gramme

P. 1 paq. F. paq. n° 20. — 1 avant déjeuner et dîner.

Ou bien de l'extrait de feuilles de noyer qui est du tannin en combinaison organique :

Extrait feuil. noyer..... 30 grammes
Eau distillée..... 150 —

Une cuillerée avant les repas.

HYGIÈNE OBSTÉTRICALE

De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques. — Une femme qui nourrit doit-elle cesser l'allaitement, lorsque des accidents fébriles la surprennent ? Un jour, brusquement, elle est atteinte d'hyperthermie, la température monte à 40° ; une angine est déclarée. Que faut-il faire ? M. Budin qui se trouva en face de conjonctures semblables, conseille de laver soigneusement le sein de la nourrice.

Digitized by Google

de faire téter l'enfant, puis de le transporter dans une autre pièce. Toutes les trois heures il est allaité dans ces conditions. Quarante huit heures après, la nourrice est guérie sans que l'enfant ait présenté aucun trouble. Quand il s'agit de grippe, la sécrétion lactée se tarit parfois et peut ne pas se rétablir, mais généralement il n'en est pas ainsi. M. Budin se demande si on ne pourrait pas, en prenant des précautions afin que l'enfant ne contracte pas la maladie de la nourrice, laisser celle-ci continuer l'allaitement. Un mémoire d'ensemble n'existait pas sur cette question. C'est une lacune qu'a heureusement remplie M. le Dr Paul Trégouet (Paris, Naud édit., 1902), dans un travail des plus complets.

Dans les maladies de l'accouchée prendront tout d'abord place les lésions du sein : *gerçures, crevasses, lymphangites*. — Les gerçures et crevasses ne nécessitent pas l'interruption de l'allaitement. Il suffit en général de régler les tétées, de les espacer suffisamment, de limiter leur durée pour obtenir la cessation des accidents. Mais ce n'est pas tout, il faut aussi laver soigneusement le mamelon avant et après chaque tétée (alcool, solution faible de sublimé suivie d'eau bouillie), et appliquer ensuite un pansement humide. Si la mère souffre trop, l'allaitement sera pratiqué, soit à l'aide de bouts de seins artificiels, soit à l'aide de la téterelle de Budin.

La situation se complique-t-elle, une *lymphangite* est-elle déclarée, M. Trégouet ne pense pas qu'elle constitue une contre-indication. La lymphangite est en effet extra-glandulaire, elle est ordinairement fugace et de courte durée; elle disparaît rapidement à la suite de pansements humides. Dans quelques cas, la lymphangite suppure ; il se produit des phlegmons angioleucitiques (abcès sous-cutanés de Tarnier et Budin). Il est peut-être préférable dans ces cas d'interrompre l'allaitement du côté malade seulement. Ces abcès sont à l'origine extra-canaliculaires, mais ils peuvent ulcérer les parois glandulaires, pénétrer dans la glande, et l'enfant se trouve alors exposé à absorber du pus.

Pour la *galactophorite* et les *abcès glandulaires*, aucun doute ; l'enfant ne doit pas téter le sein ; des abcès multiples, des érysipèles du bébé, des abcès gangrèneux pourraient suivre parce que le praticien aura enfreint cette défense. Si les deux seins sont malades, l'allaitement maternel doit être interrompu temporairement. La maladie a d'ordinaire une durée assez courte, et la reprise de l'allaitement est possible après la guérison. Dans des cas exceptionnels où l'on tient absolument à ne pas interrompre l'allaitement maternel, M. Perret, chef de clinique de M. Budin, a pu faire sans inconvénient téter un sein atteint de galactophorite. Les précautions prises dans ces cas étaient les suivantes : 1° avant chaque tétée le sein était exprimé jusqu'à ce qu'il ne sortît plus une goutte de pus ; 2° le mamelon et toute la surface du sein étaient soigneusement lavés avec une solution antiseptique, puis à l'eau bouillie. Comme le fait observer M. Trégouet, cette conduite n'est guère à suivre. Il peut toujours rester un peu de pus. Mieux vaut suspendre l'allaitement du côté malade, et si l'autre sein ne peut suffire à l'allaitement de l'enfant, on ajoutera un peu de lait stérilisé à son alimentation. Le lait maternel absorbé amorce la digestion du lait stérilisé, comme l'ont démontré Budin et Marfan.

L'infection puerpérale, au gré de la gravité qu'elle présente, commandera une conduite distincte. Dans les formes légères, celles qui ne se révèlent que par quelques malaises et une légère élévation de température, la question de suspension de l'allaitement ne se pose pas. Dans d'autres formes plus graves, il en est autrement : le lait des femmes infectées peut contenir des micro-organismes virulents (streptocoques); les nourrissons, à téter pareil lait, ont pu contracter des accidents infectieux (péritonite, parotidite). Ce danger existe surtout dans la forme septicémique de la maladie ; dans ce cas, l'enfant peut être infecté à la fois par les micro organismes qu'on trouve dans le lait et par les toxines sécrétées en abondance dans l'économie. Ce n'est guère que dans les cas où l'infection est localisée (accidents périutérins), qu'on peut chercher à continuer l'allaitement.

Les autres maladies infectieuses de la mère, quand elles sont légères, ne contre-indiquent pas l'allaitement. *L'angine, la grippe*, permettent de le continuer.

Même règle pour les *fièvres éruptives*. La *rougeole* est contagieuse dès le début et l'enfant a bien des chances d'être déjà infecté lorsqu'on se trouve appelé ; aussi comme cette maladie est en général assez bénigne, aura-t-on peut-être avantage à tenter la continuation de l'allaitement. Il en sera de même pour la *varicelle et la varioloïde* discrète. Dans la *variole grave*, au contraire, il faudra se hâter de mettre le bébé à l'abri de tout danger de contagion. D'ailleurs le bébé, à continuer à prendre le sein, risquerait d'avaler avec le lait le contenu de pustules voisines du mamelon, et une absorption de ce genre ne pourrait que lui être préjudiciable. La *scarlatine* pouvant se transmettre par le lait et la contagion par simple contact étant à craindre, la même conduite sera adoptée. On éloignera le nourrisson à moins que la maladie de la mère ne soit très bénigne.

L'*érysipèle* est considéré par les auteurs comme une contre-indication absolue à l'allaitement ; l'enfant par sa plaie ombilicale est excessivement sensible aux streptocoques; les *oreillons* ne nécessitent pas semblable interdiction ; ils atteignent rarement les enfants au sein.

La *fièvre typhoïde*, en dépit de quelques observa

Digitized by Google

tions favorables, doit faire rejeter l'allaitement. L'enfant risque de contracter la maladie de sa mère et peut présenter des accidents fâcheux du côté du tube digestif. Même conduite à tenir, non plus dans la grippe bénigne, mais dans la *grippe à forme typhoïde*; on interrompra l'allaitement.

Les *bronchites* peuvent être rapprochées des angines et de la grippe bénigne; elles ne constituent pas de contre-indication. Les *bronchites capillaires et la broncho-pneumonie* empêcheront, au contraire, la mère de nourrir.

Dans les cas de *pneumonie*, certains faits prouvent la possibilité de continuer l'allaitement; mais il est nécessaire d'exercer une surveillance rigoureuse et de suspendre la mise au sein s'il survient quelques troubles chez l'enfant, ou si des signes de généralisation de l'infection apparaissent chez la mère.

Winters a vu deux mères atteintes de *diphtérie* nourrir leurs enfants. Ces enfants ne contractèrent pas la maladie et tous deux prospérèrent. Ces cas heureux ne sauraient faire loi. Il est préférable de séparer l'enfant de sa mère dès qu'on soupçonne chez celle-ci la diphtérie. Si on craignait même que l'enfant ne soit déjà contagionné, on n'hésiterait pas à lui injecter du sérum de Roux.

Le *rhumatisme articulaire aigu* est une maladie infectieuse qui anémie profondément. Sauf dans les atteintes tout à fait bénignes, il est plus sage d'interrompre l'allaitement.

Les auteurs ont cité l'histoire de nourrices atteintes de *typhus exanthémique et de fièvre jaune* qui ont pu continuer l'allaitement. Sans doute l'atteinte infectieuse était-elle bénigne. Dans les cas de *peste bubonique*, on séparera tout de suite la mère de l'enfant. Chose curieuse, le *choléra* ne trouble que très peu la sécrétion lactée; les auteurs s'accordent à dire que l'allaitement peut en général être continué sans que la santé de l'enfant souffre (Oddo, Gaillard). M. Trégouet conseille néanmoins de se tenir sur la réserve.

Dans l'*ictère* l'allaitement sera poursuivi jusqu'à troubles présentés par l'enfant; car la bile peut passer dans le lait.

Les cas légers d'*impaludisme* permettent la continuation de l'allaitement; les enfants ne prennent pas la fièvre et s'ils présentent des troubles, ceux-ci peuvent être attribués à l'usage de la quinine absorbée par la nourrice. La *tuberculose* commandera des règles de conduite différentes suivant que la tuberculose est fermée ou ouverte. Fermée, on peut hésiter; parfois l'allaitement n'apporte aucune modification dans l'état de la mère et ne détermine aucun trouble chez l'enfant. Mais, comme le fait observer M. Trégouet il faudrait pouvoir suivre les femmes longtemps avant de formuler une opinion définitive. En général la gestation et la lactation passent plutôt pour donner un coup de fouet à la maladie et favorisent son éclosion chez les personnes prédisposées.

En résumé avant de prendre un parti, le praticien se laissera guider par trois considérations : la nature de la maladie, l'état de la mère, le retentissement que sa maladie pourrait avoir sur l'enfant. Si l'interruption de l'allaitement est décidée, on nourrira l'enfant au lait stérilisé, en gardant l'espoir, qui parfois se réalise, de voir revenir le lait dans le sein de la mère après plusieurs jours ou même plusieurs semaines d'interruption de l'allaitement.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Du pouls et de la température pendant la puerpéralité normale. — Sans aller jusqu'à dire que, dans les services d'accouchement, le seul examen de la feuille de la température et du pouls permette de reconnaître la nature des différentes complications, il est néanmoins de première utilité de savoir la consulter systématiquement et de savoir reconnaître ce qui est normal et ce qui est pathologique, ce qui indique une complication superficielle et légère, ou ce qui au contraire révèle une atteinte profonde au fonctionnement de l'organisme. Dans un travail récent *(Ann. Gynéc. et Obst.)* M. C. Daniel expose les résultats de rigoureuses observations prises les unes dans le cas de grossesse et de suites de couches normales, les autres dans les cas de grossesse et de suites de couches pathologiques.

Pendant la grossesse normale la température ne diffère véritablement pas de ce qu'elle est à l'état normal : 36°,6 le matin, 36°,8 le soir (température axillaire); le pouls légèrement accéléré atteint en moyenne 75. Pendant le travail le thermomètre monte un peu pour atteindre après l'accouchement 37°, 37°,5. Dans quelques cas se produit ce qu'on a coutume d'appeler la *fièvre du travail* : le thermomètre peut atteindre 39° et s'y maintenir pendant les premières heures qui suivent l'accouchement pour tomber ensuite brusquement au-dessous de la normale. L'étiologie de cette fièvre du travail est encore discutée. On a parlé d'hyperthermie fonctionnelle en attribuant l'excès de température à un travail musculaire considérable. H. Müller (*Arch. f. Gynec.*) constate que les efforts musculaires les plus violents et les plus prolongés (grandes ascensions par exemple) sont loin de provoquer de tels résultats et il considère la fièvre du travail comme une fièvre de résorption qui quelquefois peut être aseptique (résorption de sécrétions non décomposées) et qui le plus souvent est septique. Quant au pouls il

Digitized by Google

suit en général la température. Lorsqu'il reste à 80 alors que la température est à 39° et sans qu'il y ait ni troubles de l'état général, ni augmentation de l'excrétion de l'urée, ni albuminurie, on peut penser qu'il s'agit d'une fièvre de résorption aseptique. On devra au contraire diagnostiquer infection légère quand il atteint 100 tandis que la température est élevée (résorption septique). Ce cas rentre donc dans la seconde catégorie des faits pathologiques. Pendant les suites de couches, la température s'élève pendant les huit premiers jours de deux à trois dixièmes de degré au-dessus de la normale. La fièvre de lait n'existe pas, la sécrétion lactée qui n'est qu'une fonction s'établit sans fièvre. Quant au pouls il est loin d'être constamment au même chiffre : en général ralenti à 60, 70 pulsations, il augmente légèrement vers le troisième jour au moment de la montée laiteuse ; dès que la femme se lève il augmente brusquement de fréquence ; il en est de même quand la tension artérielle baisse sous l'influence des métrorrhagies normales qui suivent la délivrance. — R. B.

NEUROLOGIE

Le trophœdème. — Les observations de cette affection sont surtout de date récente. Comme l'indique son nom, le trophœdème est caractérisé par deux choses : 1° un œdème blanc dur, indolore ; 2° la répartition de cet œdème d'une façon symétrique qui plaide évidemment en faveur d'un trouble trophique.

L'étiologie prête lieu à la discussion, si bien que certains auteurs décrivent ces cas sous le nom de trophœdème rhumastimal ou arthritique, alors que d'autres les désignent par l'épithète de « chronique, héréditaire ».

La pathogénie semble s'expliquer par la théorie de la « métamérie » indiquée par Brissaud. A chaque étage médullaire correspond un segment de l'individu, la lésion d'un métamère retentissant sur le segment périphérique correspondant. A la rigueur on pourrait admettre que la lésion nerveuse porte sur les nerfs périphériques quand les troubles de la sensibilité ou de la trophicité ne remontent pas plus haut que le genou ; mais lorsque ces mêmes troubles atteignent le tiers inférieur de la cuisse on ne peut plus admettre uniquement la distribution nerveuse ou radiculaire, il faut admettre de plus la distribution métamérique : le siège de la lésion est dans ce cas dans une tranche lombo-sacrée d'autant plus élevée que le segment du membre atteint est lui-même plus haut. Quant à la nature intime de la lésion nerveuse, elle reste encore entourée d'obscurités, d'autant plus que dans certains cas le trouble trophique fait partie d'un complexus symptomatique plus vaste.

Il en était ainsi pour la malade de Mabille (*Bull. Soc. Méd. Chir., La Rochelle*, 1901) : femme de 49 ans, présentant une hypertrophie énorme des pieds, des jambes, des cuisses, de consistance dure avec une tendance légèrement œdémateuse ; leur anesthésie avec conservation de la sensibilité thermique, et leur parésie.

D'autre part la malade était atteinte d'une hémiplégie gauche incomplète, flasque, développée peu à peu et de symptômes nerveux hystériformes. On avait signalé chez elle : traumatisme crânien droit et émotion dans la jeunesse ; chorée consécutive affectant tout le corps.

Dans cette observation il y aurait donc deux sortes de lésions : lésions centrales d'une part, caractérisées par de l'hémiparésie, lésions médullaires d'autre part, affectant le segment inférieur dans sa totalité.

Il résulte de ces faits que le trophœdème est une dystrophie conjonctive au même titre que les dystrophies musculaires. Il ne peut être considéré actuellement comme autonome et n'est au contraire qu'un syndrome qu'on pourra rencontrer, soit seul, soit associé avec d'autres troubles trophiques, soit associé avec des troubles de tout le système cérébro-spinal. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de la métrite hémorrhagique. — Un médecin anglais, Wright, étudia le premier avec détail, en 1901, l'action hémostatique du chlorure de calcium et l'employa sur des malades. Il en obtint des résultats inespérés dans de nombreux cas d'hémophilie, d'hémoptysie, d'hématémèse, d'hématurie. Le remède est hémostatique de deux manières : 1° il augmente la plasticité du sang et en active la coagulation ; 2° il exerce une action constrictive sur les vaisseaux. M. Bertignon (*Th. Nancy*, 1901), recommande la formule suivante :

Chlorure de calcium cristal..	4 grammes
Sirop de menthe..... ...	30 —
Eau distillée.....	90 —

A prendre dans les 24 heures, par cuillerée à soupe toutes les 2 heures. Renouveler la potion les jours suivants, s'il est nécessaire.

Le chlorure de calcium procure les mêmes avantages que le sérum gélatiné et expose à moins d'inconvénients. M. le Dr Georges Gross (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1902) a essayé ce médicament dans les cas de métrite hémorrhagique. L'hémorrhagie a cédé très vite pour ne plus reparaître depuis. Chez une

Digitized by Google

malade il s'agissait d'hémorrhagies causées par un cancer inopérable de l'utérus, hémorrhagies persistant malgré un curettage et qui, si elles ne cessèrent pas complètement, furent tellement diminuées que la malade, auparavant anémiée et tenue au lit, put reprendre sa vie habituelle et les travaux des champs. Dans ce cas, le remède avait été administré à la fois par voie buccale, sous la forme de potion (4 gr. de chlorure de calcium) et par voie rectale moyennant un lavement contenant 10 gr. de chlorure de calcium) et 200 gr. d'eau. Ce lavement qui devait être gardé était précédé d'un lavement chaud évacuateur.

Dans les cas de métrite hémorrhagique, l'amélioration est immédiate : 4, 5, 6 jours suffisent pour arrêter la perte. On continuera le traitement un à deux jours après la cessation des hémorrhagies et il sera renouvelé au moment des époques menstruelles ultérieures.

CLINIQUE MÉDICALE

Fièvre typhoïde et granulie. — L'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la tuberculose ne compte plus guère de partisans. Sans être très commune, la coïncidence des deux affections ne laisse pas de s'imposer dans des circonstances diverses. Comme le rappelle M. André Descos (*Lyon médical*, 16 mars), celles-ci peuvent être rangées en trois catégories :

1° La fièvre typhoïde survient chez un tuberculeux. Elle peut se montrer dans toutes les formes de la tuberculose, moins souvent vers la fin, car les cavitaires vivant moins de la vie commune sont aussi moins exposés que les tuberculeux des premières périodes. La tuberculose reçoit parfois un coup de fouet de l'atteinte typhoïdique ; d'ordinaire son évolution n'est pas modifiée. Rilliet et Barthez, Pidoux, Revilliod, auraient même cité des faits de rétrocession, la tuberculose s'amendant après la fièvre typhoïde.

2° La tuberculose est consécutive à la fièvre typhoïde. En pareil cas, la fièvre typhoïde rentre dans le cadre de toutes les maladies débilitantes, qui ouvrent porte au bacille tuberculeux. Moins souvent que la grippe, la fièvre typhoïde se complique de tuberculose. Cela s'observe néanmoins; le typhique se remet lentement, il conserve de la fièvre, il se met à tousser, des signes de tuberculose apparaissent à un sommet. D'autres fois, la tuberculose s'installe d'emblée avec des températures très élevées qui continuent sans période d'apyrexie, celles de la fièvre typhoïde. On croit d'abord à une fièvre typhoïde prolongée jusqu'au moment où les signes stéthoscopiques lèvent les doutes.

D'autres fois, il s'établit un certain répit ; la convalescence s'annonce comme normale, s'agirait-il d'une guérison prochaine? mais la fièvre reparaît; on croit à une rechute typhoïdique, c'est une tuberculose. L'évolution de la tuberculose posthyphique est très variable, elle se traduit par des formes lentes achevant leur cours en une ou plusieurs années. Ou bien, au contraire, ce sont des formes suraiguës qui s'installent et emportent le malade en quelques semaines, voire en quelques jours.

L'apparition de cette tuberculose postyphique peut être due au réveil d'une affection tuberculeuse latente, tuberculose ganglionnaire ou même pulmonaire précédemment guérie.

3° Le troisième groupe comprend les cas où la fièvre typhoïde et la tuberculose évoluent simultanément. Ce sont deux maladies aiguës qui ont pris possession de l'organisme en même temps. L'association du bacille d'Eberth et du bacille de Koch peut très bien se retrouver sur un même terrain. Cliniquement, la chose est possible. M. Descos rapporte une observation de cet ordre : une fille de 30 ans, domestique, qui succomba au bout de deux mois à une maladie accompagnée d'épistaxis et d'abord qualifiée grippe. Un mieux se produisit, puis apparurent des signes de fièvre typhoïde. Dans le dernier mois, il y eut de la céphalée, de la diarrhée, une ulcération typhoïdienne ovalaire, superficielle à la partie supérieure du pilier antérieur droit du voile du palais. L'abdomen se ballonna, la rate augmenta de volume, quelques sibilances obstruèrent les bronches, une grande quantité d'albumine fut retrouvée dans les urines.

Le séro-diagnostic fut positif; puis prirent position des accidents cyanotiques, une dyspnée vive, des accès d'oppression avec encombrement des deux poumons par des râles très fins et serrés d'œdème pulmonaire.

L'autopsie montra à la fois des granulations confluentes dans les deux poumons et dans l'intestin des ulcérations non tuberculeuses en voie de cicatrisation; d'anciennes plaques de Peyer tuméfiées et ulcérées étaient en voie de réparation.

Certains faits auraient permis au cours de la maladie sinon de poser le diagnostic, au moins de donner l'éveil.

Ainsi manque absolu d'amélioration par la balnéation, tendance à la cyanose et à la dyspnée, malgré l'absence de phénomènes objectifs du côté des poumons, enfin tachycardie persistante. Mais ainsi que le dit M. Descos, ce n'est pas sur de pareils signes que le clinicien peut se guider d'une façon décisive. Au cours des fièvres typhoïdes graves, des accidents du même ordre se peuvent présenter.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'appendicite toxique. — M. le Pr Dieulafoy. Un jeune homme de 21 ans entre à l'hôpital; il souffre du ventre depuis quelques jours, mais il n'a pas de vomissements, et la fièvre baisse presque aussitôt. De 39°, elle tombe à 37°. Le ventre est peu ballonné, mais le teint est terreux, plombé, de l'albumine en grande quantité, de nombreux cylindres sont retrouvés dans les urines. L'opération pratiquée le lendemain de l'entrée ne montre que très peu de péritonite, mais un petit abcès derrière le cœcum et une gangrène de l'appendice dans ses 2 tiers externes. Le jeune homme succombe le lendemain à des hématémèses répétées. Le cœur et la rate sont sains; mais les reins et le foie laissent voir des lésions dégénératives. L'histoire de ce malade vient à l'appui de l'opinion des interventionnistes à chaud. Il eût fallu opérer dans les 48 premières heures; avant cette date, l'opération est toujours suivie de succès; les morts ne surviennent que passé ce terme, à partir du 3e et plus souvent du 4e et 5e jour. Les belles statistiques des opérateurs à froid ne sont qu'un trompe-l'œil; car elles se rapportent à des maladies déjà guéries. Combien d'appendicites qui évoluent fatalement en pleine période chaude et avant de s'être refroidies! Ce sont ces décès qu'il convient d'éviter par une opération hâtive, pratiquée dans les 48 premières heures.

M. Chantemesse. — Il faudrait connaître la virulence précise des microbes qui infectent l'appendice. Cette notion serait un guide très utile. Elle permettrait de savoir s'il faut opérer ou si l'on peut attendre. Malheureusement l'état de nos connaissances est rudimentaire à ce point de vue, et ne nous permet pas de décider.

La peste. — M. Proust lit la suite de son rapport sur la peste. A Port-Saïd, à Naples, ce sont les rats des navires qui ont importé le mal. 17 cas seulement ont été constatés à Naples, et ce chiffre restreint doit nous rassurer, les précautions de désinfection ayant pu venir à bout d'une maladie qui s'installait dans un milieu offrant, par sa malpropreté, des conditions si propices à la propagation de la peste. (*8 juillet*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante. — On connaît le syndrôme clinique décrit par Marie : déformation et élargissement des extrémités, doigts hypertrophiés, poignets débordants, élargis; pieds élargis. Pareille altération se retrouve d'ordinaire au cours des vieilles suppurations pulmonaires. MM. Thoinot et Delamare l'ont notée chez un malade atteint de kyste hydatique non suppuré du poumon. La tumeur liquide était centrale, ne se révélait par aucun signe d'auscultation ou de percussion et n'était visible qu'à l'examen radioscopique.

Les rapports de la scarlatine et de la tuberculose. — M. Simonin. On a tort d'admettre une sorte d'antagonisme entre la scarlatine et la tuberculose. L'auteur cite plusieurs cas où la scarlatine a donné un regain de virulence à la tuberculose; d'autre part la tuberculose elle-même peut réagir sur la scarlatine en augmentant la gravité de celle-ci; des signes d'insuffisance hépatique aiguë se montrent et des modifications profondes du foie sont relevées en pareil cas à l'autopsie (hypérémie, infiltration des espaces portes de l'intérieur des lobules par des cellules embryonnaires).

Note sur un syndrôme simulant le rétrécissement de l'œsophage dû à la rétraction atrophique de l'estomac. — M. Soupault. Le spasme œsophagien n'est pas rare au cours des affections du tube digestif; ce qui est moins répandu, c'est l'intensité du spasme qui arrive en certains de ses caractères à simuler un rétrécissement de l'œsophage. Les vomissements alimentaires sont habituels; une sorte de pesanteur épigastrique avec sensation de plénitude est ressentie à l'estomac, l'inanition survient rapidement. L'estomac est très petit, n'accepte qu'un petit volume de liquide et ne peut être délimité ni par la palpation ni par la percussion. Le cathétérisme montre la perméabilité de l'œsophage dans toute sa longueur. L'auteur conclut que la rétraction atrophique de l'estomac se manifeste fréquemment en clinique par des symptômes simulant le rétrécissement de l'œsophage ou l'œsophagisme grave. Comme le fait remarquer M. Mathieu, l'interprétation de M. Soupault peut être soumise à discussion. Il n'est pas dit que la diminution de volume de l'estomac soit primitive; peut-être bien est-elle secondaire au spasme œsophagien.

Névrite périphérique chez un scarlatineux. — MM. Méry et Hallé. Un petit garçon de 7 ans, au cours d'une scarlatine ordinaire, présente tout d'abord du rhumatisme scarlatin (poignets et chevilles) avec endocardite, puis de l'amaigrissement des muscles du bras et des phénomènes paralytiques. Les auteurs rejettent le diagnostic d'amyotrophie d'origine articulaire. Aucune paralysie n'apparut en effet aux membres inférieurs, bien que les chevilles fussent atteintes de rhumatisme; d'autre part les réflexes n'étaient pas exagérés comme dans les amyotrophies articulaires et l'examen électrique montra la réaction de dégénérescence, ce qu'on n'observe pas dans les atrophies articulaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Interposition fibro-musculaire dans les résections pour ankylose. — Une jeune fille de 20 ans atteinte d'une ankylose du coude consécutive à une fracture datant de l'âge de 16 ans, subit une résection économique portant surtout sur l'olécrane, qui n'empêcha pas l'ankylose de se produire complètement. Un an plus tard M. Quénu fit une résection large du coude et, détachant le ligament antérieur de l'articulation à sa partie inférieure, le replia, doublé de

Digitized by Google

quelques fibres musculaires du brachial antérieur, contre la surface osseuse où il fut maintenu par trois points de suture aux parties fibreuses postérieuses. Le coude fut immobilisé 15 jours dans un appareil plâtré, puis mobilisé. Le résultat qui date de 7 mois est parfait ; la malade accomplit spontanément et avec la plus grande aisance tous les mouvements, y compris la pronation et la supination.

Inversement M. Routier et M. Delbet rapportent plusieurs résections pour ankyloses non couronnées de succès.

En somme, la plupart des chirurgiens se proposent d'employer la méthode exposée par M. Nélaton (voir n° 27) dès que l'occasion se présentera : résection large et interposition musculaire, musculo-tendineuse, ou fibro-musculaire. Il semble que, de l'avis de tous, les ankyloses consécutives à la blennorrhagie soient les plus difficiles à guérir. M. Tuffier rappelle le procédé de « résection chondroplastique » uniquement applicable, il est vrai, aux ankyloses avec intégrité des cartilages diarthrodiaux et qui consiste à sectionner la tête articulaire puis à réadapter et à suturer ce fragment ostéo-cartilagineux à l'extrémité sectionnée de la diaphyse.

Fistule congénitale du cou. — M. Jalaguier présente une pièce de fistule congénitale allant de la clavicule au pilier postérieur du voile du palais. Guérison.

Luxation avec plaie de la phalangette du pouce. — Un malade se fait une luxation de la phalangette du pouce avec plaie et arrachement d'un fragment osseux de la phalange par le ligament latéral externe. La plaie s'infecte, une arthrite purulente se déclare et se fistulise. Douleurs vives, mobilité de la phalange unguéale. M. Delbet enlève le fragment nécrosé et fait à la curette une résection large de l'articulation infectée qu'il laisse avec un tamponnement. Restitution de forme complète, l'articulation devient solide et mobile.

Le séparateur de Luys. — L'instrument a permis de recueillir sur un malade de M. Bazy : du côté sain une urine normale identique à celle qu'émettait spontanément le malade ; absolument rien de l'autre côté où l'on avait fait d'abord une néphrotomie pour hydronéphrose suppurée, puis installé un tube à demeure par où s'écoulent tous les jours de 150 à 200 grammes de liquide.

Utilité de la radiographie dans certains calculs vésicaux. — M. Manoury pratiquait une lithotritie chez une jeune fille de 18 ans ayant déjà rendu à deux reprises des calculs phosphatiques. Au cours du broiement il croit sentir un petit corps métallique. On suspendit l'opération pour faire une radiographie qui révéla un calcul du volume d'un marron traversé par une épingle à cheveux dirigée transversalement. Le tout fut enlevé par taille sus-pubienne. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Inauguration à l'Hôpital Cochin. — Jeudi dernier, à 4 heures 1/2, a eu lieu sous la présidence de M. Mourier l'inauguration de deux nouveaux pavillons à l'hôpital Cochin. Affectés au service de M. Chauffard, ces pavillons sont largement aérés et coupés de salles de malades (4 salles de 14 lits) que les murs peints au Ripolin et le coquet carrelage du sol décorent d'une note gaie et propre. Les chambres d'isolement, le laboratoire, la salle de bains sont disposés dans le même ton d'élégance claire et sobre. Le réfectoire qui servira aussi de salle de réunion, a ses murs ornés de dessins exquis de Rivière, un don de M. Chauffard. Rendre la santé aux malades et en même temps former l'éducation de leur œil et les initier aux notions d'art, on ne saurait demander plus.

Aussi bien il était temps que l'Assistance publique fît quelque chose. L'ancien service de M. Chauffard était installé dans des baraquements délabrés, disloqués, malpropres. Celui de M. Widal est encore composé de baraquements semblables ; pour la Ville de Paris il est honteux que des malades soient enfermés dans des réduits aussi misérables.

Le sérum de Trunecek. — M. Huchard a donné les résultats de son expérience au sujet de l'emploi qu'il a fait du sérum de Trunecek. Son opinion est corroborée par celle de M. le Dr Albert Robin. Ce dernier a prescrit le sérum de Trunecek à 7 malades : 6 fois le résultat a été nul ; 1 fois il a été mauvais. A Prague même, patrie du nouveau remède, le succès est loin d'avoir convaincu le monde médical, comme en témoigne la lettre suivante :

Monsieur le Directeur du *Journal des Praticiens*,

Excusez-moi si je prends la liberté de vous adresser quelques mots au sujet du sérum dit de Trunecek. J'ai lu votre intéressante critique sur cette méthode de traitement de l'artériosclérose, et j'ose vous assurer que vous avez complètement raison en disant « qu'à Prague, qui a vu naître ce sérum, (j'ajoute : plus tard que Paris, Trunecek n'ayant jamais publié un mot sur sa nouvelle méthode en tchèque), on n'a, paraît-il, qu'une confiance très limitée dans son efficacité et dans l'enthousiasme de l'inventeur ».

Dans un discours à la Société des médecins tchèques de Prague (le 23 juin 1902), j'ai eu l'honneur de m'expliquer sur la valeur de la méthode de Trunecek, et j'ai dit en substance : Chez nos malades du service du prof. Maixner, traités par le sérum, je n'ai jamais constaté une amélioration notable pouvant être attribuée aux injections.

Il n'y avait jamais une diminution de la dyspnée, ni des vertiges et céphalalgies, ni amélioration des symptômes d'une anévrysme de l'aorte, et les deux hémiplégies traitées par la même méthode suivaient la même marche comme nous le voyons d'habitude dans les cas pareils.

Aussi je n'ai pas constaté une diminution de la tension artérielle, à la suite des injections, en me servant du tonomètre de Gaertner.

Digitized by Google

Enfin, j'ai fait des expériences sur les chiens en leur injectant diverses quantités du sérum directement dans les veines, et je n'ai jamais vu aucune modification de la pression sanguine normale ou augmentée par une injection préalable d'extrait des glandes surrénales.

Cette thérapeutique, qui n'a pas été expérimentée par son inventeur, et qui repose sur des données d'ordre tout à fait théorique, est, d'après mon opinion, *au moins superflue*, parce que tout ce qu'elle nous promet, nous le pouvons obtenir mieux par nos moyens thérapeutiques jusqu'à présent usités.

J'ajoute que c'est l'opinion de la grande majorité des médecins tchèques.

Excepté l'inventeur, personne de notre Société médicale n'a pris la parole pour défendre la nouvelle méthode.

Si le résumé de mon discours vous paraît digne d'être publié dans votre *Journal des Praticiens*, je vous autorise à le faire.

En vous réitérant mes excuses du dérangement que je vous cause, je vous prie d'agréer, cher maître, l'expression de ma considération distinguée. — Dr Otakar Kose, *privat-docent à la Faculté de médecine tchèque à Prague.*

BIBLIOGRAPHIE

Métrites et fausses métrites, par J.-A. Doléris, accoucheur de l'Hôpital Boucicaut. (1 vol. in-8°, 588 p., Maloine édit.).

La pathologie de l'utérus est redevable, à M. Doléris, de travaux de premier ordre. La conception des fausses métrites a été soutenue par lui; à côté des troubles infectieux de l'utérus, il a établi le groupe des troubles non inflammatoires et non infectieux; il a rattaché la dysménorrhée membraneuse à une origine neuro-arthritique, l'assimilant ainsi à d'autres affections de même cause : la dermatose exfoliante, l'entérite desquamative. La discussion des processus relatifs à l'ectropion cervical, à l'érosion secondaire et à leur cicatrisation, à la pathogénie des kystes et scléroses du col, bien d'autres questions du même genre que l'on s'imagine nous avoir été apportées d'Allemagne, ont été approfondies et élucidées par M. Doléris, avant que les savants d'outre-Rhin s'en soient occupés. En 1884, la thérapeutique intra-utérine était limitée au seul curettage. M. Doléris a mené une vigoureuse campagne contre un pareil abus; il a montré que point n'était besoin de recourir avec cette prodigalité à la curette, que la métrite du col joue un rôle prépondérant dans la pathologie utérine, que le curettage ne peut rien contre elle et que les procédés de dilatation, de tamponnement, de médications topiques méritent en thérapeutique une place autrement haute que celle qu'on leur avait concédée. Tous ces mémoires, M. Doléris vient de les réunir en volume; la preuve qu'ils étaient animés par un esprit scientifique et véritablement pénétré des nécessités pratiques, c'est qu'aujourd'hui, après des intervalles de 15 à 20 ans, aucun de ces mémoires n'a vieilli. C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire d'un livre de médecine.

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par le Dr J. Schmitt, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. (J.-B. Baillière), 1 vol. in-16 de 504 pages.

La plus grande partie de l'ouvrage de M. Schmitt est consacrée à la thérapeutique. La prophylaxie des maladies infectieuses permet à l'auteur de s'étendre sur les modes de désinfection les plus pratiques. Le lecteur y trouvera un chapitre complet sur les différents antiseptiques et leur mode d'usage. La séro-thérapie, la médication diététique, antithermique, sont exposées avec grand soin. Un esprit critique très réfléchi anime ce livre. L'auteur ne s'enthousiasme pas pour une méthode : entre toutes celles qui sont offertes, il cherche à se faire une opinion; une comparaison méthodique des avantages et des inconvénients que présentent les unes et les autres, lui permet de conclure avec modération et avec sagesse. Ce livre sera certainement tout-à-fait bien accueilli des étudiants et des praticiens.

Nouveaux procédés d'exploration. — *Leçons de pathologie générale professées à la Faculté de médecine*, par Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. 1 vol. grand in-8° avec 91 fig. dans le texte, en noir et en couleurs Manon et Cie, édit.), 8 fr.

En présentant ce volume à l'Académie de médecine, M. le Pr Debove a dit qu'il faisait honneur à la Faculté. On y trouve, en effet, les qualités qui distinguent une bonne méthode d'enseignement : un exposé clair, complet, impartial des questions traitées; de la part de l'auteur un effort à éclaircir certains points de détail qui rentrent dans le cadre des idées admises, beaucoup d'ordre, de précision, de méthode et quelques recherches personnelles dont l'apport vient se fondre heureusement, et sans les contredire, dans l'ensemble des travaux d'autrui.

Les praticiens désireux de s'initier aux nouvelles méthodes d'exploration (radioscopie, hématologie, cyto-diagnostic, séro-diagnostic, cryoscopie), liront avec fruit ce volume.

Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus, par Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut. 1 vol in-18 colombier, cartonné toile, de 450 pages, avec 39 figures dans le texte. (Oct. Doin, édit.). Bibliothèque de chirurgie contemporaine. Prix : 6 francs.

Ce volume est très complet et mis au courant des derniers progrès de la chirurgie. Les affections du gros intestin, du rectum et de l'anus y sont exposées avec soin, et les détails circonstanciés du traitement terminent chaque chapitre. L'expérience de l'auteur lui permet en bien des points d'intervenir dans le débat et de fournir son opinion personnelle.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpino-naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fleissinger

PARIS. — IMP. CHARLES [illegible], 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les médications thyroïdiennes du goître exophtalmique

par le Dr Gabriel Gauthier (de Charolles)

L'efficacité de l'ingestion de la substance thyroïde était à peine connue, que cette médication était aussitôt appliquée au traitement des goîtres.

Après Sunderland, Rheinhold et Emmingham, un grand nombre d'auteurs en signalèrent les heureux effets (Bruns, Kocher, Knoppelmaecher, Augerer, Stabel, Marie, Séné, Branthomme, Lichtwitz et Sabrazès, etc.).

Tous furent d'accord pour reconnaître que, si les goîtres anciens, devenus fibreux, kystiques ou colloïdes, sont réfractaires à la médication comme, du reste, à tous les moyens médicaux ordinaires, il n'en est pas de même des goîtres hyperplasiques.

D'après Bruns, qui à lui seul possédait, en 1896, 350 observations de goîtres parenchymateux simples traités par les diverses préparations thyroïdiennes, pour qu'un goître de cette nature soit heureusement influencé par le traitement, il doit présenter les trois conditions suivantes : 1° goître de volume modéré ; 2° d'origine récente ; 3° chez un sujet jeune.

Lorsque, à la suite de la découverte de Baumann, on sut que la substance thyroïde devait son action à l'iodothyrine, principe iodé, la première application de ce principe nouvellement isolé fut encore le traitement des goîtres pour lesquels l'iode était déjà considéré comme un spécifique.

Par la découverte de l'iodothyrine, et par les effets de la médication thyroïdienne, se trouvait dévoilée l'action anti-goîtreuse de l'iode, si anciennement connue et jusque là incomplètement expliquée.

Les préparations thyroïdiennes agissent donc dans les goîtres d'une façon similaire à celle de l'iode ; mais il paraît certain qu'elles agissent d'une façon plus active. L'association de l'iode à une substance organique rend certainement l'action de cet iode plus efficace. Cette action de l'iode est exaltée, centuplée, parce que le métalloïde, en si faible quantité qu'il soit dans la substance thyroïde, acquiert, par son passage dans l'organisme animal et sa combinaison avec les albuminoïdes, des propriétés toutes spéciales.

I. La médication thyroïdienne proprement dite, qui réussit si bien et si incontestablement dans les goîtres hyperplasiques, ne pouvait manquer d'être tentée aussi dans le goître exophtalmique.

J'ai été un des premiers à en préconiser l'emploi contre cette affection, et j'en ai obtenu d'assez bons résultats dont il sera parlé plus loin,

Les tentatives dans ce sens, faites par d'autres expérimentateurs, ont été certainement moins heureuses, si l'on en juge par la réserve et l'ostracisme dont la médication thyroïdienne appliquée au goître exophtalmique est encore l'objet à l'heure actuelle.

Les partisans de la théorie de l'hyperthyroïdation dans le goître exophtalmique déclarent que c'est là un traitement irrationnel qui semble poursuivre à plaisir le but paradoxal et singulier d'ajouter à l'empoisonnement morbide l'empoisonnement thérapeutique et d'aller précisément choisir pour l'introduction dans l'organisme, sous prétexte de traitement, une substance qui s'y trouve en excès et qu'il faudrait plutôt détruire.

Pour eux, en effet, la méthode rationnelle de traitement du goître exophtalmique consiste dans les interventions chirurgicales qui, à l'encontre de l'opothérapie, ont pour but de diminuer la quantité de liquide thyroïdien versée dans l'organisme.

C'est ainsi, disent-ils, que l'excision partielle du goître basedowien qui, d'après la théorie, doit restreindre l'hypersécrétion glandulaire en diminuant le volume de l'organe, donne des succès remarquables : 83 0/0, d'après Putnam ; 82 0/0, d'après Birner.

De même, la ligature des artères thyroïdiennes, qui amène l'atrophie de ce goître hypérémique, a été conseillée et pratiquée avec d'excellents résultats par Kocher et a réussi entre les mains d'autres chirurgiens.

Mêmes succès avec l'opération de Poncet-Jaboulay, dite exothyropexie, qui consistant en l'exposition et la fixation au dehors de la tumeur thyroïdienne, provoque rapidement une atrophie du goître par une sorte de « dessèchement humide ».

On fait remarquer encore que le caractère des phénomènes qui se produisent sous l'influence du traitement thyroïdien, est tellement particulier qu'aux yeux du médecin qui les observe, ils doivent forcément rappeler quelques-uns des traits du goître exophtalmique. En effet, la tachycardie, l'élévation de la température, l'insomnie et l'agitation, la polyurie, l'albuminurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée, la diarrhée qui peuvent se montrer au cours du traitement thyroïdien, sont fort analogues aux phénomènes du même genre si fréquemment constatés dans la maladie de Basedow.

Béclère, chez une femme atteinte de myxœdème et à qui par erreur on avait donné une dose exagérée de substance thyroïdienne, et par conséquent produit une véritable hyperthyroïdation, vit non seulement disparaître le myxœdème, mais encore survenir des symptômes de maladie de Basedow ; en ou-

Digitized by Google

tre des phénomènes précités, on put constater de la glycosurie, du tremblement, de l'éclat du regard se rapprochant de l'exophtalmie.

Pareillement, dans leurs expériences d'hyperthyroïdation sur des chiens, Ballet et Enriquez ont reproduit, dans une certaine mesure, un grand nombre des symptômes de la maladie de Basedow.

Tous ces faits d'observation et d'expérience sont assurément en faveur d'une contre indication de la médication thyroïdienne dans le goître exophtalmique. Cependant cet ostracisme qui est motivé en outre par un grand nombre d'insuccès et aussi quelquefois des accidents dus à la médication, ne doit pas être d'une pareille rigueur. A côté des insuccès, il existe aussi des cas nombreux où les résultats ont été des plus satisfaisants.

Ewald a constaté trois cas d amélioration passagère; Schuster, une guérison; Von Noorden, des effets temporairement défavorables, mais suivis d'amélioration très nette ; Hock, une guérison complète ; Bruns, quatre cas de diminution notable; Morin (de Neufchatel), Fergusson, Arnozan, chacun une guérison ; J. Voisin, une très grande amélioration dans sept cas; Owen, un succès complet après divers accidents; Silex, une guérison; Bograff, des améliorations tout à fait remarquables dans 12 cas; J. Müller (de Marbourg), plusieurs cas de guérison par l'iodothyrine; Ingals et Ohls, Ch. Tood, plusieurs bons effets dans des cas très graves; Savolle, deux cas améliorés; Caussin, une guérison; Variot, Rendu, chacun une amélioration; O. Martin (de Montpellier), Weiller (de St-Dié), Mossé, chacun des succès remarquables.

Enlenburg, au 1er Congrès international de neurologie et de psychiatrie tenu à Berlin en 1897, à la suite d'une discussion sur le syndrôme de Basedow où il exposait la théorie sur la parathyroïdisation, concluait à la légitimité de l'opothérapie thyroïdienne. Tous les cas, dit-il, n'en sont pas justiciables ; mais il en est beaucoup pour lesquels elle est efficace et où elle donne des résultats tout aussi brillants que telle autre méthode, y compris les méthodes chirurgicales.

Il est bon d'insister sur ces heureux résultats, car, pour ma part, je suis convaincu que c'est à tort que la médication thyroïdienne est répudiée systématiquement dans le goître exophtalmique.

J'ai obtenu moi-même d'excellents résultats de la médication dans le traitement de cette affection.

Qu'il me soit permis de citer quelques observations :

Obs. I. — Une femme de 50 ans, très corpulente, se met à maigrir en même temps qu'elle présente les symptômes de basedowisme, palpitations, excitation psychique, insomnie, tremblement, effondrement des jambes qui la met souvent dans l'impossibilité de sortir, exophtalmie légère, petite tumeur goîtreuse dure, à droite. *Ce petit goître préexistait depuis de longues années.* La malade présente cet état depuis plus de dix mois et a déjà suivi divers traitements lorsqu'elle vient me consulter.

Elle reçoit *pro die* deux cuillerées à bouche de notre extrait thyroïdien représentant environ 5 grammes de tissu glandulaire, en même temps qu'on lui donne en lavement 12 gouttes de liqueur de Fowler. Au bout de quinze jours, l'effondrement des jambes, qui est le symptôme le plus pénible, disparaît complètement, les autres symptômes s'amendent. Pendant six mois, on donne, pendant quinze jours par mois, la même dose de thyroïde et la guérison s'établit d'une façon définitive et se maintient depuis un an. Le traitement n'a jamais donné lieu à aucun accident.

Obs. II. — Une demoiselle, âgé de 45 ans, atteinte, depuis plusieurs années, de palpitations, tumeur goîtreuse, exophtalmie prononcée, tremblement, fringales continuelles, chute de cheveux, toux d'irritation très pénible, *pseudo-lipômes sus-claviculaires*, est soumise au traitement thyroïdien. Celui-ci est d'abord mal supporté et la dose doit être réduite à deux grammes de tissu glandulaire. Après deux mois de traitement à cette faible dose, cette personne, qui est institutrice, a pu reprendre ses fonctions qu'elle a continuées régulièrement pendant deux ans et qu'elle vient de cesser à nouveau pour se marier.

Obs. III. — Une dame, âgée de 35 ans, sans enfants, ancienne névropathe, est prise des symptômes basedowiens à la suite de chagrins domestiques coïncidant avec *l'invasion d'une influenza infectieuse.* Hypertrophie thyroïdienne droite, éclat du regard, tremblement, tachycardie, plaques de vitiligo, insomnie, accès de mélancolie. Cet état existe depuis trois ans lorsque je vois la malade pour la première fois.

Le traitement thyroïdien fut très bien supporté pendant cinq mois consécutifs : pendant vingt jours par mois, 2 à 3 grammes de glande. Aucun autre moyen ne fut adjoint. Actuellement, cette personne jouit d'une bonne santé depuis un an.

Obs. IV. — Une dame, âgée de 42 ans, mariée à 16 ans, a eu douze enfants. A la septième grossesse, elle fut atteinte d'un petit goître qui ne disparut pas. Quand je la vis pour la première fois, elle présentait de la tachycardie à 130 pulsations, du tremblement, une très légère exophtalmie, un amaigrissement extrême, des sueurs profuses, une toux paroxystique intense. Ces derniers symptômes la faisaient considérer comme une tuberculeuse (quoiqu'elle n'eût pas de phénomènes thoraciques en rapport avec son état cachectique) et elle était traitée en conséquence. Au traitement arsenical qui était déjà institué par un confrère, j'adjoignis l'usage du liquide thyroïdien. Au bout de six semaines, l'amélioration était telle que la malade se déclarait complètement guérie. Actuellement, il n'y a plus qu'une légère tachycardie : ni l'exophtalmie ni le goître n'ont été modifiés.

Obs. V. — Un jeune homme, âgé de 22 ans, porteur d'un goître plus prononcé à droite, depuis l'âge de 16 ans, d'un tempérament très nerveux, devient basedowien sans cause déterminée: tachycardie à 120 pulsations, tremblement, amaigrissement prononcé et rapide, sueurs si abondantes qu'en une journée il dut changer jusqu'à 10 fois de chemise, boulimie, vertiges, céphalée, diarrhée paroxystique, etc. Le traitement thyroïdien dut être cessé au bout de trois jours par suite de l'intolérance habituelle du malade à l'égard de toute espèce de médicament et réellement aussi par suite de l'augmentation des palpitations. Je prescrivis alors des lavements de cacodylate de soude, l'état s'améliora pen-

Digitized by Google

dant quelques jours ; j'adjoignis alors deux cachets par jour de 0 gr. 25 d'iodothyrine, et quinze jours après le malade allait assez bien pour reprendre ses occupations. J'appris plus tard que les symptômes de Basedow avaient reparu, mais je ne revis plus le malade.

Je cite seulement ces cinq observations, parce qu'elles se rapportent à des sujets que j'ai pu suivre et observer assez longtemps pour surveiller le traitement et en constater les effets. Dans un assez grand nombre d'autres cas, j'ai prescrit le traitement, mais dans des conditions qui ne me permettaient pas de le poursuivre d'une façon utile et sans danger.

Il n'y a donc pas, on le voit, que des insuccès dans le traitement thyroïdien du goître exophtalmique, et quand ce traitement sera moins redouté les succès deviendront plus fréquents. Si jusqu'à ce jour ceux-ci se comptent, c'est qu'on hésite à appliquer la médication, retenu qu'on est par une crainte exagérée de ses dangers. Le thyroïdisme assurément est plus à craindre chez les basedowiens que chez les autres malades soumis à la thyroïdothérapie, mais on peut toujours, quand la surveillance attentive du malade est facile, éviter les accidents en commençant par de faibles doses, très prudemment administrées, progressivement augmentées, cessées rapidement, si le thyroïdisme apparaît, et en tous cas interrompues de temps à autre suivant l'indication.

Je pense, pour ma part, que les accidents qui ont été signalés fréquemment dans le traitement thyroïdien du goître exophtalmique ont tenu souvent à l'emploi qui a été fait de préparations thyroïdiennes sèches ou de spécialités diverses dont l'état d'impureté est capable de provoquer du thyroïdisme. Ce thyroïdisme par botulisme se produira d'autant plus facilement ici que les basedowiens constituent un terrain extraordinairement disposé aux réceptivités des germes infectieux de toutes sortes. La conclusion est donc que, dans le traitement du goître exophtalmique, il ne faut employer que des préparations de glande fraîche ou l'iodothyrine.

L'efficacité de la médication dans le goître exophtalmique s'explique facilement.

Il existe d'abord des cas assez nombreux (j'en ai observé deux) où le goître exophtalmique marche vers le myxœdème, ainsi que le démontrent l'association assez fréquente des deux maladies (Babinski, Sollier, Félix, Baldwin) et où, par conséquent, il y a plutôt atrophie fonctionnelle de la glande (obs. II, où il existait des lipômes sous-claviculaires). Dans ces cas, l'utilité de l'opothérapie thyroïdienne est évidente.

Il y a aussi les goîtres qui se basedowifient, c est-à-dire les cas où le goître vulgaire a préexisté plus ou moins longtemps à la manifestation du complexus basedowien (obs. I et V). On comprend bien que ceux-là encore soient améliorés par la cure thyroïdienne qui amène la régression du goître vulgaire préexistant. C'est, du reste, l'interprétation que P. Marie donne aux cas de goître exophtalmique où la médication réussit.

Les goîtres d'origine infectieuse ne sont pas les moins nombreux (obs. III où le début de l'affection a coïncidé avec une infection influenzique). Charcot a démontré qu'il n'est guère de maladies fébriles où le corps thyroïde ne soit le siège de quelque réaction anatomo-pathologique. L'étude des thyroïdites infectieuses est un chapitre intéressant de pathologie et nombreuses sont les observations de goître exophtalmique où les infections influenzique, typhoïdique, rhumatismale, ourlienne, etc., ont joué un rôle de tout premier ordre (Rendu, Praël, Pillet, Fouët, Chwostek). Eh bien, pour ce genre de goître exophtalmique, l'efficacité de l'opothérapie s'interprète encore facilement. Depuis 1885, en effet, époque où le premier je formulai la théorie thyréogène du goître exophtalmique, j'ai essayé de démontrer, dans une série d'études, que le syndrôme basedowien est le résultat de l'adultération de la sécrétion thyroïdienne. Dès lors on est conduit à admettre que, pour ces goîtres exophtalmiques en particulier, l'ingestion du suc thyroïdien *normal* détruit vraisemblablement les toxines que le corps thyroïde verse dans l'économie, ou mieux, pour être conforme aux idées théoriques que j'ai formulées ailleurs sur les fonctions du corps thyroïde, cette ingestion supplée au suc thyroïdien qui, étant adultéré, a perdu ses propriétés normales.

Reste le goître exophtalmique *neuro-arthritique*, à début brusque, c'est-à-dire le goître exophtalmique émotif, qui constitue, pour certains auteurs, la vraie maladie de Basedow, celle où, dans tous les cas, le traitement thyroïdien doit être contre-indiqué. Tout le monde connaît les relations existant entre l'arthritisme et les troubles des fonctions du foie ; mais ce qui est moins vulgairement connu, quoique nettement établi (Bronner, Heurtle, Lindemann, Vigouroux), ce sont les rapports existant entre le foie et le corps thyroïde. Vigouroux a constaté chez la plupart des basedowiens qu'il a observés, les signes de l'insuffisance hépatique avant et pendant la maladie. Il existe des goîtres nettement de caractère arthritique, constitués souvent par une simple hypertrophie peu apparente : une sorte de goître fruste.

Ce sont ces goîtres-là qui ont le plus de tendance à se basedowifier. Sous le choc d'une émotion, un corps thyroïde de neuro-arthritique peut donner naissance au basedowisme, tout comme l'ictère peut naître d'un foie arthritique sous l'influence du même choc émotif.

Digitized by Google

L'émotivité, cause si fréquemment déterminante de la maladie de Basedow, peut donc trouver ainsi son explication étiologique. Le goître exophtalmique peut de la sorte être souvent envisagé comme un goître neuro-arthritique qui se basedowifie brusquement à la suite de la modification brusque de sa sécrétion.

Le traitement thyroïdien pourrait donc à la rigueur être appliqué à ce genre de goître exophtalmique.

II. La Médication parathyroïdienne a été conseillée dans le goître exophtalmique, et voici les considérations qui motivent l'emploi de cette méthode opothérapique.

D'après Moussu, il existe une fonction parathyroïdienne propre, indépendante de la fonction thyroïdienne et de même que l'insuffisance thyroïdienne, cause les phénomènes chroniques de la cachexie strumiprive, de même l'insuffisance parathyroïdienne donnerait naissance aux accidents aigus tétaniques.

L'extirpation *isolée* des parathyroïdes n'a pas encore été pratiquée sur l'homme et ne paraît pas devoir l'être, parce que, chez lui, ces glandules sont immédiatement juxtaposées à la thyroïde et font corps avec elle. De sorte que le myxœdème qui succède chez l'homme à la thyroïdectomie totale est bien la résultante de l'absence de la thyroïde et des parathyroïdes. C'est bien, à proprement parler, un myxœdème thyro-parathyroïdien. Or, ce myxœdème post-opératoire représente cliniquement la forme la plus complète du myxœdème : on y retrouve toujours inséparablement les deux éléments de la cachexie, état morphologique spécial dit pachydermique et état de dépression psychique. Tandis que, au contraire, dans le myxœdème spontané, on rencontre des cas purement morphologiques avec intégrité complète des aptitudes psychiques.

Brissaud suppose que, si le bistouri du thyroïdectomiste ménage difficilement les parathyroïdes, un processus morbide peut les laisser intactes et qu'ainsi s'expliqueraient ces différences entre le myxœdème opératoire, toujours complet (myxœdème thyro-parathyroïdien) et certaines formes purement morphologiques du myxœdème médical, chez lesquelles l'intégrité des fonctions psychiques correspondrait à l'intégrité des parathyroïdes (myxœdème simplement thyroïdien).

D'où cette conclusion que les glandules parathyroïdes pourraient bien être spécialement préposées au bon fonctionnement des centres nerveux.

Sur ces données on s'est demandé si les glandules parathyroïdes ne joueraient pas un rôle dans la genèse de la maladie de Basedow.

On a bien étudié dans cette maladie les lésions de la glande thyroïde, du thymus et des ganglions lymphatiques circonvoisins, mais on n'a pas, que nous sachions du moins, songé à connaître l'état des parathyroïdes. Et pourtant on peut faire remarquer que les parathyroïdes ont une origine embryologique commune avec le thymus et que, dans un grand nombre de cas de maladie de Basedow, le thymus est hypertrophié ; — que l'extirpation isolée de ces glandules chez certains animaux provoque les accidents aigus de la cachexie strumiprive (Moussu, Vassale, Alexandre, Rouxeau) ; — que ces accidents aigus (tétanies, tremblements, paralysies, etc.) se rapprochent beaucoup plus des phénomènes basedowiens que de ceux du myxœdème ; — qu'il ne paraît pas contestable que les causes générales diathésiques et infectieuses qui, dans la maladie de Basedow, atteignent le corps thyroïde, altèrent également les parathyroïdes (Roger et Garnier).

Pour ma part, j'ai formulé il y a longtemps déjà cette conclusion : Pour qu'il y ait goître exophtalmique, peut-être faut-il que tout le système glandulaire thyroïdien soit endommagé, tandis que, dans le goître vulgaire, dont les lésions thyroïdiennes sont en somme les mêmes, l'intégrité de la fonction parathyroïdienne empêche les phénomènes de basedowisme. C'est approchant la distinction que Brissaud a faite entre le myxœdème thyroïdien et le myxœdème thyro-parathyroïdien.

Moussu, par l'ingestion quotidienne de huit glandules, continuée pendant deux mois avec repos de deux jours, tous les dix jours, a notablement amélioré une basedowienne ; la tachycardie, l'exophtalmie, le tremblement ont disparu. L'administration des glandules ayant été interrompue un mois, les symptômes ont reparu, et ont de nouveau diminué, après quinze jours de traitement.

Ferrari, Lusena ont aussi fait des tentatives dans ce sens.

Une fois, j'ai essayé cette médication parathyroïdienne chez une basedowienne, mais je dus y renoncer bientôt, en raison des difficultés extrêmes qu'il y a à se procurer des glandules parathyroïdes.

III. On sait que Notkine, ayant extrait du corps thyroïde une substance qu'il nomme *thyroprotéide* et qu'il considère comme génératrice du myxœdème, l'employa pour combattre le syndrôme de Basedow qui est l'inverse du myxœdème, et constata qu'elle « produisait des effets extrêmement favorables ». Son exemple n'a pas eu, que nous sachions, d'imitateurs.

IV. La thyroprotéide de Notkine, étant extraite du corps thyroïde, est encore un médicament thyroïdien proprement dit. Il n'en est plus de même de l'usage de *liquides organiques provenant d'animaux éthyroïdés*, c'est-à-dire d'un liquide surchargé de thyroprotéide libre, les animaux fournisseurs étant privés de l'organe qui neutralise cette substance. Ici, le

Digitized by Google

médicament, ne provenant pas directement de la thyroïde, ne peut être dit thyroïdien, mais sa mise en œuvre rentre incontestablement dans le cadre de thyroïdothérapie et doit encore être classée parmi les médications thyroïdiennes.

A l'état normal, il se formerait dans l'organisme une substance toxique que neutraliserait la sécrétion thyroïdienne. La destruction du corps thyroïde permet l'accumulation dans l'organisme de cette substance toxique non neutralisée : c'est la condition pathogénique du myxœdème. Dans l'hyperthyroïdisation, qui serait réalisée dans le goître exophtalmique, il y a au contraire excès de sécrétion thyroïdienne neutralisante, sans qu'il y ait suffisamment de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions, ne pourrait-on pas essayer de diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation par l'injection ou l'ingestion d'une certaine quantité de substance à neutraliser? Voilà la question qui est la base de ce traitement pour les partisans de la théorie de l'hyperthyroïdie dans la maladie de Basedow.

Ballet et Enriquez les premiers ont formulé et mis en patrique ce traitement du goître exophtalmique. Au moyen d'injections de sérum du sang de chiens éthyroïdés, ils ont obtenu dans neuf cas d'assez heureux résultats (amélioration de l'état général, atténuation ou disparition passagère du tremblement, rétrocession de l'exophtalmie et même, dans quelques cas, diminution notable du goître).

Gioffredi aurait obtenu aussi de bons résultats de cette méthode. Burghart a eu chez trois basedowiennes, sinon une guérison, du moins une amélioration notable par l'emploi du sérum provenant de chiens éthyroïdés. Il en fut de même chez une jeune basedowienne traitée par des injections de sérum sanguin provenant d'une femme profondément myxœdémateuse.

Lanz a administré le lait de chèvres thyroïdectomisées à trois basedowiennes. Chez la première, il a constaté après quinze jours une diminution de la fréquence du pouls, la disparition de la céphalée et de l'insomnie, la diminution du goître. Chez les deux autres il se produisit également une amélioration sensible. Ces malades prenaient deux ou trois tasses de lait par jour.

V. Comme annexe aux médications thyroïdiennes, il faut joindre l'OPOTHÉRAPIE THYMIQUE qui a été appliquée aussi au goître exophtalmique.

Le thymus est considéré comme ayant de nombreuses analogies fonctionnelles avec le corps thyroïde. Sous le nom de *reviviscence du thymus*, P. Marie signale l'hypertrophie de cet organe dans les affections de la thyroïde.

Dans le goître exophtalmique en particulier, l'hypertrophie du thymus est un fait d'une extrême fréquence (Moebius, Mossler, Johnston, Spencer, Joffroy, H. Mackensie, Walter Edmunds, Rose Bradfort, Lenoir, Souques et Marinesco, etc.), et ici cette reviviscence thymique présente un grand intérêt en ce qu'elle prouverait que, dans le goître exophtalmique, le corps thyroïde est, sinon histologiquement, du moins physiologiquement, assez atteint pour que son altération amène l'hypertrophie de glandes homologues. Owen, qui s'est particulièrement intéressé à ces rapports entre le thymus et la thyroïde, prétend même que, si la maladie de Basedow est si rare dans l'enfance, cela tient au plein fonctionnement du thymus à cet âge.

On comprend qu'en conséquence de ces considérations, on ait eu recours à l'ingestion de la substance thymique dans le traitement du goître exophtalmique.

Mikulicz (de Breslau), aurait eu, grâce à ce traitement, dix guérisons sur onze cas. H. Mackensie rapporte vingt observations personnelles et quinze dues à d'autres auteurs où la maladie a été traitée avec des résultats contradictoires.

Owen aurait eu quelques succès. Boivert (de Montréal), a obtenu une guérison complète et définitive.

Par contre Rushton Parker n'a eu que des résultats à peu près nuls dans quatre observations personnelles ; Taty et Guérin ont publié un cas où le traitement a été complètement négatif.

On voit donc que, dans le goître exophtalmique, la thyroïdothérapie a été employée sous toutes ses formes, mais que c'est encore la médication thyroïdienne ordinaire, proprement dite, qui donne les meilleurs résultats (1).

Bibliographie. — Béclère : Du thyroïdisme et de ses rapports avec l'hystérie et la maladie de Basedow, *Soc. méd. des hôpitaux*, 12 octobre 1894. — P. Marie : Nature de la maladie de Basedow, (*Soc. méd. des hôp.*, 23 février 1894. — Ewald : *14e cong. all. de méd. int.*, à Wiesbaden, 11 avril 1896. — Schuster, *ibidem*. — Von Noorden, *Ibidem*. — Hock, *Soc. imp. roy. des médecins de Vienne*, 14 juin 1895. — Silex, *Soc. de méd. de Berlin*, 29 juin 1896. — J. Voisin : *Semaine médicale*, 1894, p. 472. — F. Muller: *15e Congr. all. de méd. int.* à Berlin, juillet 1897. — Ingals et Ohls : *New-York méd. journ.*, 7 sept. 1895. — Tood : *Brit. méd. journ.*, 1896. — Savolle : *Thèse de Montpellier*, 1897. — Caussin : *Gazette méd. de Picardie*, 1895, p. 223. — O. Martin : *Presse médicale*, 13 juillet 1898. — Weiller : *Ibidem*, 27 août 1898. — Mosse : *Ibidem*, 31 août 1898. — Philippen : *La clinique*, 25 juin 1896. — Schulz : *Berliner Klin. Wochens*, juin 1897. — Traezki : *Neurol. Centr. Blaett*, 15 oct. 1897. — Auld : *British méd journ.*, juillet 1897. — Variot, Rendu : *Société méd. des Hôpitaux*, 6 déc. 1901. — Lowitz : *Thèse de Bordeaux*, 1894. — Lepliatre Sur les divers traitements de la maladie de Basedow, *Thèse de Paris*, 1900. — Vlachanis : Même sujet, *Thèse de Paris*, 1897.—

(1) Extrait d'un volume sous presse : *Les médications thyroïdiennes*, 1902, 1 vol. in-8° de 240 pages. — Chez J.-B. Baillière, éditeur. Prix 6 francs.

Digitized by Google

Tillié : *Thèse de Lyon*, 1901. — Sollier : *Revue de médecine*, déc. 1901, p. 100. — Félix : *Thèse de Paris* 1896. — Baldwin : *The Lancet*, 19 janvier 1895. — Roger et Garnier : *Soc. de biologie*, 1er oct. 1898 ; La glande thyroïde dans les maladies infectieuses, *Presse médicale*, 16 avril 1899. — Garnier : *Thèse de Paris*, 1899. — G. Gauthier (de Charolles) : *Mémoire présenté à l'Académie pour le prix Portal*, 1885 ; Cachexie thyroïdienne dans la maladie de Basedow, *Lyon médical*, 27 mai 1888 ; Des goitres exophtalmiques secondaires aux symptomatiques, *Lyon médical*, 1893, nos 2, 3 et 4 ; Corps thyroïde et maladie de Basedow, *Lyon médical*, 1895, n° 35 ; Fonctions du corps thyroïde : pathogénie du goitre endémique, du goitre sporadique, du goitre exophtalmique ; hypothyroïdie et hyperthyroïdie, *Revue de médecine*, 1900, pp. 39, 225 et 410 ; Physiologie et pathologie du corps thyroïde, *mémoire récompensé par l'Académie de médecine*, 1899. — Vigouroux : *Académie de médecine*, 11 janvier 1898. — Moussu : Recherches sur les fonctions thyroïdiennes et parathyroïdiennes, *Thèse de Paris*, 1897. — Gley : Glande thyroïde et glandules parathyroïdes, *Presse médicale*, 1898, p. 17. — Brissaud : Myxœdème thyroïdien et myxœdème parathyroïdien, *Presse médicale*, 1898, n° 1 ; *Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, p. 240. — Moussu : *Société de biologie*, 25 mars 1899. — Ferrari : *Thèse de Genève*, 1898. — Lusena : Organothérapie parathyroïdienne, *Reforma medica*, 12 nov. 1898. — A. I. Notkine (de Kiew) : Pathogénie de la cachexie strumiprive ; la thyroprotéide, *Semaine médicale*, 1895, n° 37. — Ballet (G.) et Enriquez : Des effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale, *Médecine moderne*, 1895, p. 801. — Gioffredi : *Medicina contemporana*, 1896. — Burghart : *Soc. de méd. intern. de Berlin*, 10 juillet 1899. — Lanz : *Correspond. Bl. f. Schw. Aertz.*, n° 23, 1899. — P. Marie : Sur la reviviscence du thymus, *Soc. méd. des Hôpit.*, 17 fév. 1893. — Mikulicz (de Breslau), *24e Congrès de la Soc. allem. de chirurgie*, Berlin, avril 1895. — H. Mackensie : *American journal of the med. scient.*, février 1897. — Boivert : *Revue méd. de Montréal*, 1899, n° 47, p. 369 ; *Presse médicale*, 13 sept. 1899, p. 156. — R Parker : *British med. journal*, 7 janvier 1899. — Taty et Guérin : *Congrès des médecins aliénistes et neurol.*, Bordeaux, août 1895. — Minkowski : Échanges intra-organiques sous l'influence de l'ingestion du thymus, *Cent. Blaett. f. inn. med.*, 14 mai 1898.

Clinique des Hôpitaux

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Dieulafoy

Le testicule syphilitique. — M. le Pr Dieulafoy vient de consacrer deux leçons à ce sujet. La syphilis du testicule est une complication assez fréquente, d'après Fournier on la retrouverait une fois sur 30 cas de vérole. Elle se révèle par deux sortes de lésions distinctes : l'épididymite telle que l'a décrite Dron, de Lyon, et l'orchite scléro-gommeuse. L'épididymite se montre dans les premiers mois de la maladie et coïncide avec les accidents secondaires habituels. Elle est localisée le plus souvent à la tête de l'organe et se traduit par une grosseur qui peut atteindre le volume d'une amande, et se montre ferme, rigide, uniforme, indolente. Elle est bilatérale dans environ la moitié des cas. Le début est insidieux et passe inaperçu ou bien l'invasion est brusque et son allure inflammatoire peut faire croire à une orchite uréthrale ou à une tuberculose.

L'orchite scléro-gommeuse est bien plus importante, surtout à l'occasion des difficultés de diagnostic et des conséquences thérapeutiques qu'elle soulève. M. Dieulafoy cite le cas d'un malade qui, après avoir pris l'avis de deux chirurgiens éminents de Paris, fut déclaré atteint d'une tumeur maligne du testicule. La castration fut proposée ; le malade désolé s'en alla aux eaux de Luchon et là-bas il fut soumis à un traitement antisyphilitique. La guérison s'ensuivit. C'est qu'il ne faut jamais désespérer. Les tissus fibreux les plus denses arrivent à se résorber, les manifestations les plus graves se dissipent. M. Dieulafoy rappelle l'histoire d'un malade qui était venu le consulter pour un anneau fibreux qui siégeait à l'extrémité du fourreau de la verge. M. le Pr Fournier diagnostiqua une sclérose syphilitique ; au bout d'un mois de traitement, le prépuce avait recouvré sa souplesse. Il y a déjà longtemps, M. Dieulafoy vit entrer à la Pitié un malade asphyxiant et cyanosé. Il avait du cornage, une respiration sifflante. L'examen laryngoscopique pratiqué par Krishaber montra un état fibreux de la portion sus-glottique du larynx et un rétrécissement considérable. Une trachéotomie d'urgence semblait seule pouvoir sauver le malade, il n'en fut rien. On se passa de l'opération et le traitement mercuriel fut institué. Au bout de quelques jours, un mieux se produisit. La guérison fut complète en six mois.

L'orchite scléro-gommeuse peut se terminer par atrophie : chez un malade du service, de la fluctuation s'était déclarée et le médecin avait ouvert d'un coup de lancette. Voilà une méprise qu'on ne doit jamais commettre ; car une fois les parcelles mucopurulentes écoulées, la plaie peut bourgeonner ; un champignon se forme, large, gros, pédiculé ou sessile ; il se développe sur l'incision et donne lieu à une sorte de choux fleur qui peut induire le clinicien en erreur. Quelle est cette tumeur ? Jusqu'à Rollet on n'en savait rien. C'est le chirurgien lyonnais qui établit la nature syphilitique d'un certain nombre de ces fongus, les autres étant constitués par des végétations tuberculeuses ou cancéreuses (fongus malin). Ce fongus syphilitique peut être superficiel ou profond, suivant qu'il siège en dehors ou en dedans de l'albuginée. Mais la forme clinique est la même et dans les deux cas c'est une masse végétante grenue, brunâtre, rougeâtre, saignant peu et liée à une surproduction de bourgeons charnus. Dans la forme profonde, une seule différence d'ordre anatomique sépare cette forme du fongus superficiel. Des lambeaux de testicule, des tubes séminifères peuvent être éliminés qui font défaut dans le fongus

Digitized by Google

superficiel. Quant aux enveloppes scrotales, elles s'œdématient, deviennent éléphantiasiques, se sclérosent, forment un pédicule fibreux au champignon qui fait saillie.

Le traitement agit si merveilleusement qu'il convient de poser un diagnostic précis. Il existe des formes d'orchite syphilitique aiguë, à début brusque, avec douleurs vives, rougeurs du scrotum. Le testicule est gonflé, douloureux. On songe à la blennorrhagie, mais le malade n'a pas eu de blennorrhagie; d'autre part l'épididyme n'est pas isolable. Il est perdu dans la masse globuleuse du testicule. On écarte l'idée d'une orchite ourlienne, typhoïdique, goutteuse. Les antécédents suffisent à faire rejeter pareilles formes. On hésite davantage avec l'orchite tuberculeuse aiguë ; mais là encore, c'est l'épididyme qui est touché ; une induration douloureuse est perçue au niveau de la queue de l'organe ; en outre il existe des lésions de la prostate, du cordon ou des vésicules séminales, cela est exceptionnel au cours de la syphilis.

Dans la syphilis à part l'épididymite secondaire de Dron, c'est toujours le testicule qui est pris le premier. De plus, la prostate est saine.

Dans les cas de doute, on pourra recourir au sérodiagnostic, à la réaction agglutinante que présentent les tuberculeux et qui fait défaut chez les syphilitiques.

Dans la forme scléro-gommeuse ordinaire, les testicules sont gros, indurés, ligneux, indolents; les bourses normales, non adhérentes. L'épididyme n'est pas isolable et se confond avec le testicule. La sensibilité spéciale de la glande a disparu. C'est cette forme qui peut simuler aussi bien d'ailleurs que la forme végétante, une tumeur maligne de l'organe. On dit, il est vrai, que les tumeurs malignes ont un développement rapide, s'accompagnent d'un engorgement des ganglions du pli de l'aine, et que le testicule syphilitique évolue lentement et sans réaction ganglionnaire. Rien de cela n'est absolu. Il peut y avoir rapidité d'évolution dans le testicule syphilitique et pléïade ganglionnaire, par suite d'infections secondaires. L'indolence même n'est pas un signe différentiel toujours certain. Des testicules syphilitiques sont parfois douloureux. On ne saurait arguer davantage de la bilatéralité de la lésion. Le sarcocèle syphilitique est souvent double, le cancer n'atteindrait jamais qu'une glande. Soit! mais il est des cas où la syphilis ne se fixe que dans un testicule et où la tumeur maligne frappe les deux. Alors comment juger? On attendra l'effet du traitement. L'iodure ne donnera peut-être pas grand résultat; c'est un médicament utile sans doute, mais un peu surfait. Le grand remède, ce seront les injections mercurielles : de 4 à 8 milligr. de bi-iodure en solution huileuse ; une injection par jour pendant quelques semaines.

L'hématocèle dans les cas obscurs se distinguera de la même manière : par le résultat des injections mercurielles qui n'agissent pas sur l'hématocèle et réduisent immédiatement la tumeur syphilitique.

Le testicule de la syphilis héréditaire ne se signale par aucun caractère spécial; dans la syphilis précoce, les glandes sont prises des deux côtés : elles sont dures, grosses, ligneuses, lisses. Le testicule de la syphilis héréditaire tardive est celui de la syphilis scléro-gommeuse. On instituera le traitement aussitôt le diagnostic posé.

M. Dieulafoy fait observer qu'à côté du testicule syphilitique héréditaire, il existe une autre forme liée indirectement à l'infection des parents. C'est le testicule parasyphilitique, le testicule par vice dystrophique. Dans ces cas, la glande est petite, atrophiée et il existe souvent en même temps des signes non douteux d'infantilisme.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La suppression de la dispense du service militaire

On s'y attendait un peu : une fois entré dans une assemblée politique, on savait très bien qu'un médecin n'est plus un médecin. Il épouse les préjugés et les haines de son parti. Quand même, et le vote une fois exprimé, un mouvement de surprise a-t-il ému le corps médical. Le Sénat compte 43 médecins : sur ce chiffre 36 ont voté la suppression de la dispense pour les étudiants en médecine. L'abstention eût été de leur part une attitude plus concevable; six d'entre eux s'y sont arrêtés. Un seul a conservé le courage de son individualité ; au milieu de la foule, il est resté lui. La manière de penser et de sentir qui le dirigeait dans la vie privée a continué d'inspirer sa conduite politique ; il a su résister à ce courant que G. Lebon appelle l'unité mentale de la foule ; l'opinion de ses collègues n'a pas influé sur la sienne ; les mouvements de la majorité n'ont pas entamé sa réflexion ni sa volonté; il a dominé l'entraînement de ses collègues et quand pressés de complaire aux ministres en épousant les idées du jour, la plupart ont voté : oui, lui seul a voté : non. — Ce sénateur a été M. Berthelot. — En science, il s'était imposé comme un esprit de premier ordre ; inventeur, il n'a rien trouvé qui ne fût reconnu vrai. Les qualités d'imagination créatrice et de jugement critique qui vérifie les bases et ne s'embarque pas sur des chimères, il les possède à ce degré d'équilibre parfait qui n'entrave pas l'élan des unes par la lourdeur des autres, mais assure au contraire

Digitized by Google

la vigueur de l'essor par la précision calculée du mouvement.

Faut-il posséder un esprit de cette trempe pour maintenir sa personnalité dans une assemblée publique? Un médecin a-t-il besoin d'être un génie pour se souvenir qu'il est médecin et défendre les intérêts du corps auquel il appartient? Les études médicales ne peuvent que souffrir de ce service de deux ans imposé aux étudiants en médecine. Elles seront rendues plus pénibles et perdront de leur solidité dans cette interruption trop longue qui les viendra traverser. Le but de nos confrères du Sénat est-il d'abaisser le niveau des études médicales? Ce ne peut être. Les assemblées politiques d'ailleurs ne sont guère attirées vers des buts précis et réfléchis. Elles se montrent comme une femme, le jouet des passions du moment et cèdent aux souffles multiples du dehors. Certains médecins sénateurs ont-ils obéi à un autre mobile vaguement raisonné? Estiment-ils peut-être que la loi de deux ans aura pour effet de ralentir le mouvement qui précipite la jeunesse vers les études médicales? La pléthore professionnelle sera-t-elle enrayée de ce fait que le privilège d'un service militaire plus court ne sera plus concédé aux étudiants en médecine? Si c'est là la raison, si la velléité de rendre la médecine d'un abord moins engageant a déterminé quelques-uns, il semble qu'ils auraient pu s'y prendre d'autre manière. Que prétendent-ils? Compliquer l'accès d'une profession. Ils seraient plus heureusement parvenus à leurs fins en faisant servir ces difficultés d'entrée au relèvement scientifique de la carrière. Au lieu d'un examen de P. C. N., qu'ils en instituent un second tracé sur un autre plan, ou plutôt, car les matières à enseigner augmentent chaque année, qu'ils créent une année d'études médicales en plus, laquelle sera consacrée à l'enseignement des spécialités. Que sais-je? Dans cette voie, bien des perspectives sont ouvertes et il n'y a qu'à déposer des projets; tous seront acceptables, plutôt que celui-là dont nos confrères du Sénat ont assumé la responsabilité : en vue d'un principe d'égalité chimérique, abolir un privilège qui n'était qu'une justice, une justice justifiée par les services rendus, et ce soi-disant privilège, l'abolir en abaissant du même coup le niveau d'instruction professionnelle qui ouvrira porte à la pratique médicale.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'iodure d'éthyle dans la coqueluche. — M. le Dr Amat, sur 2 enfants de 2 ans 1/2 et de 6 mois atteints de coqueluches graves non amendées par l'usage de la belladone, du bromoforme et l'emploi des pulvérisations thymolo-phéniquées, essaya les inhalations d'iodure d'éthyle. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du petit malade, afin qu'au moment de la reprise il inhalât les vapeurs du médicament. L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. Dès le deuxième accès, les quintes diminuèrent de fréquence et d'intensité; au bout de 8 jours, le nombre des accès tomba à six dans les 24 heures au lieu de 36 ou 40 constatés au début du traitement (*Société de thérapeutique*, 11 juin).

La persodine. — Ce produit recommandé depuis 1899 dans les cas d'inappétence, continue d'occuper l'attention. Deux mémoires lui ont été consacrés ces derniers mois, par MM. Ricome et Andrianavony (*Th. Montpellier 1901*). La persodine est une solution de 0,20 de persulfate de soude dans 15 gr. d'excipient, soit 0,20 de substance active par cuillerée à soupe. Pour M. Ricome ce produit doit ses propriété à l'acide sulfurique et au sulfate de soude qu'il renferme. Les effets eupeptiques et laxatifs du remède lui viennent de là. L'action sur l'appétit est produite dès le 4e ou 5e jour; l'effet purgatif est inconstant. M. Andrian avony recommande la solution suivante :

Persulfate de soude.....	15 grammes
Eau	150 —

Une cuillerée à bouche une heure avant dîner et souper, dans un quart de verre d'eau.

La persodine se prescrit également aux doses d'une cuillerée avant les repas. M. A. Robin se contente de doses moins fortes. Il ordonne une cuillerée à soupe de la solution suivante une demi-heure avant chacun des deux principaux repas :

Persulfate de soude..... ..	2 grammes
Eau distillée	300 —

Ce médicament est surtout indiqué : chez les tuberculeux au début, les convalescents de maladie aiguë dont les fonctions digestives se rétablissent mal, les opérés, les chlorotiques, les neurasthéniques.

Stérilisation des sondes en gomme. — M. le Dr Charier (d'Angers) stérilise les sondes en gomme en les faisant bouillir dans une solution saline saturée. Les sels qui lui ont donné les meilleurs résultats sont : 1° le sulfate d'ammoniaque (700 gr. par litre d'eau, ce qui fait 3 k. 500 pour un stérilisateur contenant (5 litres d'eau. Les sondes ne sont pas altérées par l'ébullition dans la solution saturée, mais c'est un sel instable qui présente l'inconvénient d'attaquer certains métaux (cuivre, maillechort, tôle galvanisée). Ebullition à 102°; 2° le chlorate de potasse (60 gr. par litre d'eau), 300 gr. pour un bouilloir de 5 litres. Résultat passable; s'emploie dans n'importe quel bouilleur et bout à 100°; 3° le sulfate de soude. Pour saturation, 400 gr. par litre, 2 kil. pour un bouilleur de 5 litres. Résultat satisfaisant. Bout à 100°; 4° le chlorure de sodium. 360 gr. de sel par litre, bout à 102°. Résultat très bon. En mettant 400 gr. par litre d'eau, 2 kil. pour 5 litres, c'est-à-dire en concentrant la solution à chaud, on obtient 108°. Les sondes supportent bien cette température.

Si un bouilleur spécial est utile dans un service de chirurgie, il est évident néanmoins que *n'importe quel bouilleur* peut servir à condition qu'il ait au moins la longueur des sondes. Il importe en effet que les sondes soient *bien étendues en longueur* sans courbure ni coudure.

Conclusion : On peut stériliser les sondes en gomme par l'ébullition dans la solution de chlorure de sodium, à condition que les sondes soient de bonne qualité et que la solution soit saturée.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Traitement des folliculites

Les folliculites sont dues à l'infection staphylococcique aiguë des orifices pilo-sébacés. Elles se traduisent par la formation de pustulettes miliaires, isolées les unes des autres,, centrées par le poil et sont parfois le point de départ d'infections plus profondes, de sycosis et de furoncles, parfois d'abcès dermiques aigus chez les enfants. Ces folliculites sont aussi artificielles et résultent de l'emploi d'emplâtres irritants (thapsia). M. Leredde formule le traitement de la manière suivante *(Revue prat. des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, 1er juin).

Dans les cas bénins et par exemple dans les pustulations médicamenteuses, appliquer une couche de pâte de Lassar :

Vaseline	àà 10 grammes
Lanoline	
Oxyde de zinc	
Vaseline	

recouverte d'une grande quantité de poudre : puis au bout d'un jour ou deux, dès qu'il y aura de l'amélioration, une pâte contenant de l'acide salicylique, de la résorcine, du calomel :

Acide salicylique	1 gr. 50
Résorcine	0 — 50 à 2 gr.
Calomel ou oxyde jaune de mercure	0 — 50 à 1 gr. 50
Amidon	àà 12 grammes
Oxyde de zinc	
Amidon	25 —

Ou une pâte soufrée, dont on surveillera l'effet :

Soufre précipité	4 grammes
Oxyde de zinc	6 —
Terre fossile	2 —
Axonge benzoïnée	28 —

Dans les cas aigus, où les pustules se multiplient rapidement, on appliquera des pansements demi-humides d'eau bouillie, de sérum physiologique ou de la solution suivante (Hallopeau) :

Acide borique	10 grammes
— salicylique	5 —
Borate de soude	11 —
Eau	1000 —

de la pâte autour des éléments et entre eux, s'il est possible. On pourra faire des lotions répétées, tièdes, avec de l'eau d'Alibour au 1/3.

Les pustules consécutives aux épilations seront traitées par des lotions d'alcool boriqué à saturation et l'application de pâtes simples.

Dans les pustulations qui se développent sur des lésions d'intertrigo, sans eczématisation associée, Sabouraud fait d'emblée des frictions avec du coton hydrophile imprégné du mélange :

Teinture de benjoin	10 grammes
— d'iode	10 —
Alcoolat de lavande	20 —

MÉDECINE LÉGALE

Les difficultés de diagnostic dans les attentats à la pudeur chez les petites filles. — Appelé à se prononcer sur la question d'un attentat à la pudeur sur une petite fille, le praticien est parfois fort embarrassé. Il constate un peu de vulvite; cette vulvite est-elle spontanée, comme il arrive chez les enfants malpropres ou strumeux ? a-t-elle fait suite à un traumatisme accidentel (masturbation), ou bien est-elle due à un attentat à la pudeur? On trouve du gonocoque; mais la contamination peut être accidentelle; rien ne prouve de prime abord que l'origine de cette contamination soit liée à une manœuvre criminelle. M. Beaugeard vient de consacrer un travail fort complet à l'éclaircissement de toutes ces difficultés. (Paris, Boyer édit., 1902). Au sujet de cette vulvite à gonocoques, il demande, avant de se prononcer, l'examen de l'inculpé : qu'une uréthrite de même nature soit trouvée chez celui-ci; l'apport de cette preuve seulement constituera une présomption en faveur de l'accusation. C'est dire quelle prudence l'expert doit apporter dans ses conclusions.

En ce qui concerne la transmission de la syphilis, il ne devra rien affirmer en se basant sur l'unique constatation d'un chancre; il devra attendre d'autres symptômes, l'apparition à une époque déterminée à l'avance des manifestations diathésiques secondaires. Même réserve à l'égard des lésions érosives de la vulve d'origine suspecte. Celles-ci ne seraient-elles pas la conséquence d'une maladie infectieuse: rougeole, diphtérie, varicelle, etc.? Les parents affirment que non, l'enfant appuie la déclaration des parents. Il faut se méfier de toutes ces assertions souvent intéressées. Car l'attentat peut être inventé: les calomnies de l'enfant, des parents, lui ont donné jour et rien de ces mensonges ne tient debout.

Dans les grandes villes, on rencontre des petites filles audacieuses et vagabondes; sous prétexte de vendre des bouquets, elles s'introduisent dans les lieux publics, attirent les hommes dans un endroit suspect dans le but de provoquer un éclat public ou

Digitized by Google

d'extorquer de l'argent par la menace d'une imputation d'attentat criminel. Ailleurs l'enfant cherche à éviter une punition; elle contracte une vulvite à la suite d'habitude d'onanisme; pour ne pas être punie, elle prétend avoir été « touchée par un homme (Cas de Fournier). D'autres fois elle prétend attirer l'attention, se pose en victime d'un attentat imaginaire pour faire parler d'elle. Quant aux parents, si parfois ils sont de bonne foi dans leur plainte, dans d'autres cas, ils n'obéissent qu'à des mobiles inavouables: chantage et vengeance.

Le diagnostic des faux attentats présente de nombreuses difficultés. L'expert, dans la plupart des cas, sera tenu de faire toutes réserves sur les causes de la maladie; il se bornera à la description des lésions observées sans s'aventurer dans leur interprétation. Parfois il sera mis sur la piste d'un faux attentat par l'intensité insolite et l'exagération des phénomènes inflammatoires, telle l'observation du Dr Fournier rappelée par M. Beaugeard, où des lésions vulvaires considérables avaient été provoquées dans un but criminel, au moyen d'une brosse à cirage.

L'attitude, les réponses, les contradictions, les hésitations de l'enfant aideront à se faire une opinion. On se défiera des récits qui reproduisent plusieurs fois, sans variantes, les particularités de l'attentat, ou qui s'émaillent dans la bouche de l'enfant de termes techniques qui dépassent le niveau de ses connaissances. Ces particularités mêmes à part, il conviendra de n'ajouter jamais une foi absolue aux assertions de l'enfant; il est trop enclin « à donner un corps aux fictions écloses dans son esprit » (Motet).

L'attentat a-t-il eu réellement lieu? Une première cause d'erreur peut être due au temps écoulé entre la date de l'attentat et de l'examen. L'état local est tellement amélioré en pareil cas qu'il est impossible de faire un diagnostic ferme et précis. Une déchirure de l'hymen peut, en effet, se cicatriser en deux à trois jours (Orfila et Devergie) et passer inaperçue lors de l'examen. D'autre part des lésions peuvent ne pas apparaître tout de suite ; certaines ecchymoses se manifestent parfois assez tardivement et pourraient échapper à un examen fait dans les deux ou trois premiers jours qui suivent le crime; c'est là un motif pour ne pas se contenter d'un examen unique. Quant à l'interrogatoire, crainte d'influencer l'enfant et d'éveiller en lui des idées préconçues, il devra être limité à ce qui est strictement nécessaire pour l'appréciation médicale des faits.

Les attentats avec violence sont les moins difficiles à constater; les lésions qui les accompagnent dans la majorité des cas ne laissent guère place au doute, (déchirure de la fourchette, du périnée, lésions traumatiques extra-génitales, etc.). Tout ce que nous avons dit s'applique surtout aux attentats sans violence et qui ne se traduisent que par des signes d'irritation locale. Ajoutons que l'examen de l'enfant ne devra jamais être pratiqué par le médecin sans qu'une tierce personne, la mère ou une étrangère, soit présente.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rhumatisme tuberculeux abarticulaire. — M. le Pr Poncet, de Lyon, a décrit dans ces dernières années le rhumatisme tuberculeux articulaire. Or cette forme de localisation tuberculeuse peut en effet atteindre d'abord les articulations, mais les localisations viscérales — pleurésie, méningite, endocardite — ne sont pas exceptionnelles. Il arrive même parfois que la marche habituelle de l'évolution rhumatismale soit renversée : le malade a d'abord une pleurésie, une endocardite et le rhumatisme articulaire n'éclate que plus tard. Il est telles circonstances encore où les articulations restent indemnes et où les organes, où les divers appareils sont seuls frappés. C'est à l'étude de cette nouvelle variété de rhumatisme tuberculeux, le rhumatisme tuberculeux abarticulaire que M. le Pr Poncet a consacré un travail remarquable et des plus documentés (*Acad. de Méd.*, 15 juillet).

C'est une erreur de croire que la bacillose des tissus se révèle toujours par une réaction spécifique ou une enseigne anatomique. De simples altérations inflammatoires peuvent être la réponse de l'organe ou du tissu touchés (ganglions, moelle osseuse, périoste) à l'atteinte tuberculeuse et ce n'est que l'inoculation, à des cobayes, des lésions suspectes qui permet le diagnostic précis. M. le Pr Poncet a depuis longtemps insisté sur des faits de ce genre. Il a opéré des ostéo-arthrites du genou dont rien (pas de fongosités, de pus, de séquestres) ne laissait prévoir la nature tuberculeuse, sinon l'inoculation de la moelle à des cobayes. Des exostoses tuberculeuses (Mailland, *Revue de Chirurgie*, 1902) ont été décrites, depuis qui ne se différenciaient pas dans leur structure des autres exostoses inflammatoires; il en est de même des synovites sèches, séreuses, des gaînes tendineuses avec ou sans grains riziformes, des hygromites végétantes, également bacillaires. Certains rétrécissements fibreux de l'intestin rentrent dans la même règle (Patel, *Th. Lyon*, 1902) ; ils sont tuberculeux bien que non précédés par une ulcération ou une néoplasie tuberculeuses.

M. le Pr Poncet se demande pourquoi les viscères échapperaient à une telle espèce d'accidents, alors qu'on songe qu'ils ne sont pas épargnés par les autres rhumatismes infectieux. La tuberculose plus virulente et dont la nature tuberculeuse est montrée par

Digitized by Google

l'aspect objectif de la lésion, ne les ménage du reste pas; pourquoi ne pourraient-ils être touchés par des tuberculoses atténuées, à aspect simplement inflammatoire?

Il cite à l'appui de cette opintion deux observations d'endocardite chez des tuberculeux avérés, porteurs d'arthrites bacillaires multiples.

Cardiopathies tuberculeuses. — La première observation est celle d'une femme de 63 ans qui, entrée le 9 mars dans son service, y mourait le 19 mars 1901.

M. le Pr Poncet rapporte en détails son observation dans une première communication à l'Académie de médecine, sur le *Rhumatisme tuberculeux* (23 juillet 1901.)

Il la résume en quelques mots : *Tuberculose pulmonaire au troisième degré. Ostéo-arthrite tibio-tarsienne droite, fongueuse, suppurée. Poly-arthrites multiples d'apparence rhumatismale*, etc.

A l'autopsie :

1° Poumons : Lésions bilatérales de broncho-pneumonie tuberculeuse, si confluentes, que les lobes supérieurs ont presque l'apparence d'une pneumonie caséeuse, etc.

2° Cœur : *Insuffisance aortique et mitrale produite par des végétations papillomateuses, siégeant sur le bord libre des valvules dont la base est épaissie, indurée.*

On ne voit aucune granulation miliaire.

Se trouvait-on en face d'une endocardite infectieuse quelconque chez une tuberculeuse, ou d'une endocardite vraiment bacillaire? Il appartenait à l'expérimentation de trancher la question. Des inoculations de fragments de ces valvules furent faites à la cuisse d'un cobaye, par le chef de laboratoire de M. le Pr Poncet, le Dr L. Dor. L'animal, sacrifié quelques semaines après, présentait de nombreux tubercules dans les ganglions inguinaux cruraux correspondants, dans la rate, etc.

Voici donc une endocardite tuberculeuse végétante, au cours d'un rhumatisme articulaire tuberculeux, et uniquement constituée par des lésions inflammatoires, telles que nous les rencontrons dans des arthrites végétantes du même ordre.

Sans l'expérimentation, malgré le contrôle anatomique, malgré l'histologie, le diagnostic pathogénique n'aurait pu être porté. Ce fait est aussi probant qu'on peut le désirer.

M. le Pr Poncet observe actuellement une jeune fille de 21 ans (sa mère et un frère sont tuberculeux), à laquelle il donne des soins depuis plusieurs années, pour des lésions articulaires des deux genoux, qui avaient tous les caractères cliniques d'une double ostéo-arthrite fongueuse. Après un traitement local énergique, un séjour prolongé à la campagne, deux hivers passés dans le Midi, les articulations contre toute attente, sont complètement guéries; il ne reste aucune gêne fonctionnelle.

Mais, aujourd'hui, cette malade dont l'état général laisse beaucoup à désirer depuis quelques mois, est atteinte de troubles circulatoires, relevant d'une *endocardite avec insuffisance mitrale*, que révèle un souffle systolique à la pointe, qui se propage à l'aisselle et qu'on entend jusque sous l'omoplate gauche.

Dans ce cas également il faut croire à une localisation tuberculeuse sur le cœur, à une forme atténuée, inflammatoire, superposable, anatomiquement, à celle d'une arthropathie plastique (1).

Tous les auteurs, en effet, qui jusqu'à ce jour ont parlé de la tuberculose cardiaque (elle serait des plus rares, à en juger par le petit nombre d'observations publiées), n'ont eu en vue que l'endocardite, que la myocardite avec tubercules. Pour le cœur, cependant, comme pour les articulations, la granulie n'est certainement qu'une forme de l'infection tuberculeuse, dont les poussées atténuées ne se distinguent pas, pensons-nous, des cardiopathies inflammatoires.

Les mêmes réflexions s'imposent pour d'autres manifestations viscérales du rhumatisme tuberculeux, qu'il s'agisse des poumons, de la plèvre, du système nerveux périphérique, du cerveau, des méninges, etc.

M. le Pr Poncet laisse de côté le rhumatisme pleural ; il semble que le sujet soit épuisé.

On ne peut que s'étonner de l'oubli relatif dans lequel ont été laissées d'autres séreuses qui, appartenant à la même famille anatomique, devaient, *à priori*, payer le même tribut varié à la tuberculose.

Méningopathies tuberculeuses. — Il existe très vraisemblablement toute une série d'inflammations méningées, comparables aux arthropathies que nous avons décrites.

Le terme de méningite tuberculeuse paraît mal leur convenir, cliniquement tout au moins, car dans l'esprit des médecins il est à peu près exclusivement synonyme de granulie, et comporte un pronostic fatal.

La méningite tuberculeuse ne guérit jamais (2), répète-t-on couramment, et cette opinion est si bien ancrée, que les praticiens les plus distingués, témoins parfois de la guérison d'une méningite qu'ils avaient diagnostiquée tuberculeuse, n'hésitent pas à dire qu'ils se sont trompés. En face d'une guérison, ils invoquent une erreur de diagnostic. Ils supposent une méningite infectieuse quelconque, une méningite syphilitique, etc., et cependant, aucune bonne

(1) Cette supposition d'une cardiopathie atténuée, d'origine bacillaire, est d'autant plus vraisemblable que, sous l'influence du repos, de la campagne, d'un traitement approprié, les troubles cardiaques se sont notablement modifiés.

(2) A la Société médicale des hôpitaux de Lyon, MM. Tripier, Bondet, Josserand ont rapporté ces jours-ci des cas de guérison.

Digitized by Google

raison ne permet, en y réfléchissant, de partager une telle opinion.

L'anatomie pathologique, la clinique protestent contre cet absolutisme.

Pourquoi, en effet, ne pas admettre que ce qui se passe, du côté de la séreuse péritonéale, ne puisse se produire, au moins accidentellement, pour les séreuses méningées? Chirurgiens et médecins n'ont-ils pas été témoins, surtout depuis la laparatomie, comme traitement de la péritonite tuberculeuse, de la disparition sans traces appréciables, de tubercules confluents, de grosses masses caséeuses dans le péritoine, dans l'épiploon, dans le mésentère, etc.

Pourquoi ce qui est vrai pour le péritoine et pour toute espèce de tissus (1) ne serait-il pas, dans certaines circonstances, pour les méninges, pour le cerveau?

Ces méningo-encéphalites, ces méningopathies, comme les appelle M. le Pr Poncet, peuvent aussi aller depuis la simple congestion rhumatismale, première étape inflammatoire, jusqu'à des lésions aiguës chroniques, etc., parfois irréparables, mais toujours de même nature.

A ces états anatomiques, transitoires, ou durables, répond une symptomatologie des plus variées, dont les modalités sont naturellement en rapport avec le siège, l'étendue de ce rhumatisme méningo-encéphalique.

Elles s'étendent depuis les céphalées passagères, persistantes, depuis des psychoses, des troubles cérébraux, de gravité variable, etc., jusqu'aux accidents mortels.

Le syndrome qu'on a appelé *pseudo-méningite* ou *méningisme*, et alors précisément, qu'il n'existe pas de signes caractéristiques qui différencient cet état de la méningite tuberculeuse, de la méningite aiguë vraie, de la méningite cérébro-spinale, ne doit être, quelquefois, que l'expression d'une bacillose atténuée.

Voici une belle observation de rhumatisme tuberculeux abarticulaire avec localisations, méningées, articulaires, pleuro-pulmonaires, etc. :

Le sujet est un homme de 29 ans, que M. le Pr Poncet soigne depuis trois ans, pour des tuberculoses articulaires. De souche tuberculeuse par sa mère, il a eu, en dehors d'un pseudo-rhumatisme tuberculeux des jointures, des accidents pulmonaires avec hémoptysies, une polyadénite froide, suppurée, de l'aisselle droite, etc.; mais la première manifestation de son infection bacillaire fut une méningite survenue à l'âge de 7 ans. Le diagnostic de méningite tuberculeuse fut porté par plusieurs médecins. Un coma prolongé vint encore assombrir le pronostic, et cependant l'enfant se rétablit complètement. De cet orage cérébral, il n'a conservé qu'une nervosité très marquée, une grande irritabilité de caractère.

Plus tard sont survenues d'autres localisations nettement tuberculeuses, pour lesquelles M. le Pr Poncet a été appelé à lui donner des soins. Le chirurgien lyonnais cite plusieurs faits du même ordre.

Il rappelle que les tuberculisations méningo-encéphaliques doivent comprendre, parfois, certaines convulsions de l'enfance, des céphalées du jeune âge, de l'adolescence, etc., avec des désordres plus ou moins marqués de l'innervation qui indiquent une souffrance, la plupart du temps mal définie, du cerveau, et toute une série d'accidents, dont le syndrome de la méningite classique est le terme ultime.

Moelle, cerveau, réagissent suivant leur degré d'empoisonnement. Il en est de même du système nerveux périphérique qui est le siège de névralgies, d'intensité, de durée variables, et aussi de névrites rebelles.

Les observations de ce genre sont nombreuses : Valleix, Guéneau de Mussy, Péter, etc., avaient signalé les troubles nerveux périphériques de la tuberculose pulmonaire, sans en indiquer nettement l'étiologie. Plus tard, ces accidents nerveux ont fait l'objet d'études importantes (Joffroy, Pierret, Raymond, Pitres et Vaillard, Carrière (*Th. Bordeaux*, 1894, *Gaz. Hôpit.*, 21 sept. 1901).

Les mêmes considérations s'appliquent au système musculaire, aux gaînes tendineuses, aux bourses séreuses, aux organes génito-urinaires, à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané, etc.

M. le Pr Poncet signale encore, comme exemples de rhumatisme tuberculeux abarticulaire, certaines dermatoses.

Dermatoses tuberculeuses. — Le chirurgien de Lyon a recueilli récemment l'histoire, d'un phtisique pulmonaire, atteint depuis 17 mois, d'une double pleurésie.

Cet homme, âgé de 34 ans lors de l'examen, présentait, en même temps que du gonflement douloureux d'une épaule, d'un coude et des deux poignets, une double arthrite temporo maxillaire, (localisation rare) avec trismus qui l'empêchait de s'alimenter, et un œdème rhumatismal de la face dont la durée n'alla pas au-delà de huit jours. (Le salicylate de soude, l'antipyrine, donnés à diverses reprises et à hautes doses, n'avaient eu aucune action sur les inflammations articulaires).

Cet œdème circonscrit s'était déjà montré plusieurs fois, à la face et dans d'autres régions. Il se comportait comme les douleurs des jointures, avec

(1) Il n'est pas rare, surtout chez des enfants, chez de jeunes sujets, de voir de gros abcès froids, des foyers de granulie, de cassification, des tuberculomes volumineux, se résorber spontanément.

Digitized by Google

lesquelles le malade avait remarqué, ainsi que son entourage, un certain balancement.

Le professeur de Lyon constata en même temps la présence de trois noyaux indurés, des dimensions d'une moitié d'amande, occupant la face antérieure du bras droit et les faces postérieures des deux avant-bras. L'une de ces deux nodosités, située dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras gauche était résistante, presque indolente. Les deux autres, moins dures, mais très douloureuses, adhéraient à la peau, un peu rouge à leur niveau. Leur apparition remontait à quelques jours, et le malade également instruit par sa propre expérience disait « qu'il n'y avait rien à faire, que ces grosseurs disparaîtraient d'elles-mêmes, comme les autres gonflements. »

Cet œdème, ces nodosités rhumastismales constituent une des manifestations abarticulaires les plus apparentes du rhumatisme tuberculeux.

Dans d'autres cas, M. le Pr Poncet a vu des exanthèmes, de l'érythème noueux et différentes variétés de tuberculides cutanées dont les beaux travaux de MM. Hallopeau, Darier, Brocq, etc., ont révélé, depuis quelques années, la nature et les caractères.

En résumé, il existe un rhumatisme tuberculeux abarticulaire, au même titre qu'un rhumatisme tuberculeux articulaire.

L'un et l'autre appartiennent à la classe des rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

Les manifestations du rhumatisme abarticulaire : cardiopathies, méningopathies, dermatoses, névralgies, polynévrites, etc., offrent entr'autres particularités, celles :

1° De survenir dans le cours du rhumatisme articulaire tuberculeux, mais aussi, en dehors de toute arthropathie présente ou passée.

2° De représenter souvent des formes, atténuées, rhumatismales, de la tuberculose, caractérisées cliniquement, par leur mobilité, leur moindre gravité, etc., enfin, par leur curabilité plus facile.

3° De provoquer du côté des organes atteints, des lésions allant depuis la simple fluxion, jusqu'à la sclérose incurable. Ces lésions n'ont, la plupart du temps, rien de tuberculeux, au sens anatomique de ce mot, elles ne se différencient pas, comme produits réactionnels, des altérations produites par d'autres maladies infectieuses.

4° D'être dues, soit au bacille de Koch (*tuberculides bacillaires*), soit à ses toxines (*toxi-tuberculides*).

DERMATOLOGIE

L'éléphantiasis lymphangiectasique. — C'est une affection locale caractérisée par une hypertrophie à marche indéfiniment progressive de tous les éléments du derme et du tissu cellulaire sous-cutané et reconnaissant pour cause l'irritation et l'obstruction des voies lymphatiques. Il s'agit évidemment ici de l'éléphantiasis des Arabes, affection toujours locale, absolument différente de l'éléphantiasis des Grecs, maladie générale constitutionnelle universellement connue aujourd'hui sous la dénomination de lèpre. Ce n'est pas une maladie *sui generis*, mais un symptôme commun à plusieurs états morbides. Les causes diverses ont été rangées par M. L. Fiocre (*Thèse Paris*, 1901) en trois catégories : 1° parasitaire, 2° toxi-infectieuse, 3° mécanique.

1° *Parasitaire.* — Le rôle important de la filaire a trait à l'éléphantiasis des pays chauds. De nombreux observateurs ont voulu voir un lien étroit entre le paludisme et l'éléphantiasis, la gêne à la circulation lymphatique étant due à l'accumulation dans le territoire malade de germes paludéens ; la coïncidence des deux maladies n'offre du reste qu'un faible intérêt en ce qui concerne l'étiologie de l'éléphantiasis nostras.

2° *Toxi-infectieuse.* — Dans la plupart des cas, au moins dans nos climats, l'éléphantiasis est consécutif à des inflammations répétées des réseaux vasculaires lymphatiques cutanés ; il succède soit à des lymphangites réticulaires, soit à des érysipèles à répétition. Du reste M. Achalme a constaté la présence de bouchons streptococciques remplissant la cavité des vaisseaux lymphatiques dans les périodes intermédiaires de l'érysipèle à répétition ; en sorte que le microbe persiste dans la profondeur des tissus à l'état latent et capable d'un réveil. Les agents morbides microbiens déterminent d'abord l'œdème lymphatique puis la prolifération embryonnaire périvasculaire et enfin l'hyperplasie conjonctive finissant par former obstacle à l'écoulement naturel de la lymphe. M. Jeanselme, de son côté, a montré comment à chaque poussée nouvelle, les ganglions subissent une sorte de sclérose inflammatoire qui amène une stase de la lymphe avec dilatation retroganglionnaire de tout le réseau lymphatique et augmentation de l'œdème.

3° *Mécanique.* — L'obstacle au cours de la lymphe siège le plus souvent au niveau des ganglions. Ceux-ci pourront être comprimés par des néoplasmes, une poche anévrysmale, un cal vicieux, etc., etc. C'est enfin quelquefois la suppression brusque du drainage lymphatique d'une région par enlèvement du groupe ganglionnaire correspondant qui causera la lésion.

L'éléphantiasis, après un début soit par accès aigu soit lentement progressif, se caractérise à la période d'état par une augmentation chronique des téguments. La peau présente le plus souvent à sa surface des vésicules transparentes, pouvant atteindre le vo-

Digitized by Google

lume d'un gros pois, réductibles par la pression prolongée, ce qui prouve leur communication avec les couches liquides les plus profondes, donnant quand on les crève un liquide présentant tous les caractères du liquide lymphatique (incolore ou blanchâtre, coagulable à l'air, empesant le linge et de réaction alcaline). Ce sont les *varices lymphatiques* qui s'accompagnent fréquemment d'engorgements ganglionnaires et de dilatation des troncs lymphatiques qui font saillie sous forme de cordons moniliformes. La peau présente en général sa coloration normale, elle est quelquefois légèrement érythémateuse ou pigmentée, voir même ichtyosique, lisse ou chagrinée. Dans les points où la lésion est plus ancienne, les tissus ont une consistance dure, fibromateuse et ne se laissent pas déprimer. Les lieux d'élection sont les régions riches en vaisseaux blancs, le pli de l'aîne, la partie supéro interne des cuisses, la paroi abdominale inférieure, et les organes génitaux externes (scrotum, pénis, grandes et petites lèvres, clitoris).

Habituellement la lésion demeure indolore et constitue plutôt une infirmité. La maladie a une évolution chronique indéfiniment extensive pouvant être entrecoupée de poussées aiguës.

Le diagnostic devra être fait d'avec : l'œdème chronique local qui n'a pas de poussées lymphangitiques ; le lupus éléphantiasique avec les tubercules lupiques caractéristiques ; le syphilôme hypertrophique diffus à forme éléphantiasique qui apparaît spontanément sans traces de lymphangite primitive et coexiste avec d'autres manifestations syphilitiques en d'autres points du corps ; le lymphangiome simple congénital.

Le traitement est prophylactique et curateur.

Le traitement préventif doit veiller à la propreté absolue de la peau et traiter scrupuleusement toute excoriation qui pourrait être le point de départ de lymphangite.

Le traitement curateur consistera dans la mise en œuvre de trois moyens : la compression élastique qui doit être régulière, modérée et surveillée ; l'électricité : usage des courants continus et surtout de l'électrolyse ; l'opération chirurgicale qui paraît très favorable, quand l'éléphantiasis est bien limité, comme cela se voit quelquefois quand il siège aux organes génitaux externes. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement du coryza aigu. — L'un des moyens les plus anciens pour faire avorter le coryza est de faire respirer par le nez, toutes les heures, les vapeurs d'un mélange connu en Allemagne sous le nom de Braud, dont la composition est la suivante :

Acide phénique pur	àà	5 grammes
Ammoniaque liquide		
Alcool à 90°		10 —
Eau distillée		15 —

Les badigeonnages intra-nasaux avec une solution de cocaïne au 1/10 ont été également préconisés, M. Amédée Pugnat (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 mai 1902) conseille la vaso-constriction opérée par l'effet de l'adrénaline, cet alcaloïde tiré des capsules surrénales. Dans le commerce on trouve une solution aqueuse de chlorhydrate d'adrénaline à 1 pour 1000; il suffit de la diluer dans 5 ou 6 fois son volume d'eau ; on trempe un pinceau dans ce mélange et on en badigeonne l'intérieur des narines. L'hypérémie de la muqueuse disparaît rapidement à la suite de quelques badigeonnages et les symptômes du coryza rétrocèdent. On fera 2 à 3 de ces badigeonnages dans le jour, le malade pratiquant dans l'intervalle, des inhalations nasales avec le mélange de Braud.

Quand le coryza est en pleine évolution, le médecin ne peut guère espérer en enrayer la marche ; le malade réclame la disparition de la céphalalgie et de la sensation d'obstruction nasale dont il souffre ; la cocaïne, en pulvérisation, d'une solution tiède à à 1 0/0 se montre dans ce cas supérieure, elle procure une amélioration presque immédiate des symptômes ; les pulvérisations doivent être répétées toutes les 3 heures. A la simple solution de cocaïne M. Pugnat substitue le mélange suivant dont il se sert également en pulvérisations toutes les 3 heures :

Chlorhydrate de cocaïne	àà	5 grammes
Menthol		
Huile de vaseline		100 —

Même dans le cas de coryza, on peut recourir avec avantage aux badigeonnages avec l'adrénaline, ou, à son défaut, avec l'extrait de capsules surrénales. La perméabilité nasale est, de ce fait, vite rétablie.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les boissons à essences. — M. Riche lit un rapport sur les analyses des boissons à essences.

Le chimiste peut arriver à doser aisément la quantité d'essences contenues dans les liqueurs. Le titre des essences de l'absinthe varie de 1 à 4 0/0. On pourrait donc admettre, pour être livrées à la consommation, les absinthes qui renferment moins de 1 0/0 d'essence. Les propriétés toxiques des boissons à essence seraient bien réduites si pareille proposition était adoptée.

Digitized by Google

L'appendicite. — M. Lucas-Championnière appuie les conclusions de M. Dieulafoy. Dès que le diagnostic d'appendicite est posé, il faut opérer ; car on ne sait jamais comment la maladie tournera Sera-t-elle grave? Restera-t-elle bénigne? Les malades en apparence les moins atteints peuvent succomber à des accidents foudroyants. (Voir *Journal des Praticiens*, n° 20, la leçon de M. Lucas-Championnière sur ce sujet).

M. Reclus. M. Dieulafoy a parlé d'interventionnistes à froid. Il n'y a pas d'opérateurs exclusifs à froid. Quand l'urgence est pressante, il n'en est pas un qui hésite à ouvrir le ventre. Seulement quand on peut attendre, ils estiment avoir plus de chance dans une opération tardive.

M. Dieulafoy. — On ne sait jamais quand on peut attendre. Le commencement de la sagesse est non la crainte du péritoine, mais la crainte du foyer toxi-infectieux appendiculaire. Une opération hâtive n'a nullement à redouter la rupture d'adhérences protectrices, celles-ci n'existent guère dans les 48 premières heures.

Le rhumatisme articulaire. — M. le Pr Poncet fait une importante communication sur le rhumatisme tuberculeux barticulaire. Est analysée en détail dans le présent numéro. (*15 juillet*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un cas d'allongement et d'amincissement des os des membres (hyperchondroplasie). — MM. Méry et Barbonneix. Fillette de 4 ans 1/2 : la déformation osseuse occupe les quatre membres ; plus prononcée aux extrémités qu'à la racine, elle consiste dans un allongement notable des os, avec un certain degré d'amincissement. Par endroits, des tuméfactions osseuses se peuvent produire ; le cubitus grêle s'épaissit au niveau de son épiphyse supérieure, l'humérus s'épaissit au niveau de l'union du tiers moyen et supérieur. La colonne vertébrale présente une cypho-scoliose dorso-lombaire. Cette maladie est le contraire de l'achondroplasie, où l'on remarque l'atrophie des membres. Peut-être, dans le cas présent, y aurait-il lieu d'invoquer la syphilis.

Mélanodermie biliaire à type addisonien avec splénomégalie. — MM. Gaudy et Gouraud. Homme de 28 ans à la peau bistrée, brun-clair, rappelant celle du mulâtre. La pigmentation est surtout remarquable à la face, aux mamelons, à la région péri-ombilicale. Il existe un léger ictère des conjonctives. La rate a subi une hypertrophie considérable ; le foie est légèrement augmenté de volume. Le sérum et les urines présentent la réaction des pigments biliaires. C'est là un cas intéressant de mélanodermie d'origine biliaire.

Infantilisme du type Lorain. — M. Danlos présente un jeune homme de 18 ans atteint d'infantilisme avec hypertrophie du cœur et néphrite, en tout semblable, comme aspect clinique, au malade dont M. Chauffard a rapporté l'histoire (*Journal des Praticiens*, 10 mai 1902).

Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. — M. Jules Renault préconise les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Il emploie la solution au centième et pratique l'injection dans la veine du pli du coude. Une injection est pratiquée tous les jours ou tous les deux jours. Grâce à cette méthode (14 malades traités), les accidents nerveux les plus graves (syphilis médullaire, épilepsie jacksonienne) guérissent rapidement. La céphalée peut disparaître après la première injection.

Comme le fait observer M. Alex. Renault, la méthode des injections intra-veineuses ne doit pas être encouragée, à cause de la difficulté du manuel opératoire. Il nous semble, du reste, que le traitement par les injections sous-cutanées des sels mercuriels à haute dose (0.05 de benzoate de Hg) répond plus aisément aux indications urgentes.

Réglementation nouvelle du régime alimentaire dans les hôpitaux. — M. Chauffard propose un certain nombre de réformes qu'on s'étonne de ne pas voir accomplies depuis longtemps : 1° servir aux malades des aliments chauds ; 2° leur fournir de l'eau potable et filtrée, et non pas seulement le vin pur obligatoire ou coupé de tisane auquel ils sont soumis ; 3° reculer le repas du soir à 7 heures (c'est à 5 heures que les malades dînent aujourd'hui).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fracture du bassin ; rupture extra-péritonéale de la vessie. — M. Walther rapporte l'observation d'un homme de 41 ans, tombé sous les roues d'une voiture de 2000 kilogs. La sonde à demeure recueillait chez lui une urine fortement teintée par du sang, et en pressant sur les fosses iliaques on faisait jaillir une urine sanglante tandis qu'en même temps la pression latérale sur le bassin donnait nettement de la crépitation. M. Souligoux incise la paroi abdominale immédiatement au dessus du pubis sans ouvrir le péritoine. La cavité de Retzius et les deux fosses iliaques sont remplies de sang mélangé d'urine. Les pubis sont disjoints et écartés l'un de l'autre de 3 centimètres ; la vessie rompue latéralement de haut en bas et d'avant en arrière sur une étendue de 5 centimètres. Deux plans de suture de la vessie ; sonde à demeure, drainage de la cavité de Retzius. Guérison. La radiographie faite après coup a montré en plus une fracture siégeant au niveau de la cavité cotyloïde.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion membraneuse de l'urèthre. — Un homme entre dans le service de M. Bazy, avec tous les symptômes d'une infection urinaire grave. Uretrotomie interne. Le malade meurt ; l'autopsie montre que l'incision, au lieu d'être limitée à la portion spongieuse, au niveau du bulbe, point constant du rétrécissement blennorrhagique, se prolonge au contraire sur la portion membraneuse de l'urèthre et arrive jusqu'au

Digitized by Google

niveau de la prostate. Cette section de la portion membraneuse n'était pas due à la contracture du sphincter urétral venant se couper sur le tranchant de l'urétrotome, car il est de règle que la portion membraneuse qui est située en amont du rétrécissement soit dilatée ; d'autre part, M. Decloux qui a fait l'examen histologique de la pièce, constate que les lésions de rétrécissement se prolongeaient jusque-là On peut donc conclure : les rétrécissements de la portion membraneuse de l'urèthre ne sont pas exclusivement traumatiques. Cette portion membraneuse peut être le siège de rétrécissements blennorrhagiques ; mais alors ces rétrécissements ne sont que l'extension des rétrécissements qui occupent la portion bulbaire où ils atteignent leur maximum de développement.

Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique. — Dans l'ectopie testiculaire, l'anatomie pathologique nous apprend que le canal déférent, par suite de ses flexuosités, a une longueur à peu près normale, tandis qu'au contraire les vaisseaux du cordon forment une corde rectiligne et inextensible fixant le testicule dans sa position vicieuse. M. Mignon, en pareil cas, fit trois fois, la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique sur des sujets de 23 à 24 ans, dont l'un avait le testicule arrêté à l'orifice supérieur du canal inguinal et les deux autres présentaient une ectopie iliaque. Le résultat actuel est excellent : les opérés ont maintenant deux testicules apparents et flottants dans les bourses. M. Mignon ne fait pas, dans ces cas, l'orchidopexie, car il a remarqué que c'était la bourse qui remontait et non le testicule qui descendait, mais il pratique une petite incision de un centimètre de longueur à la partie déclive du scrotum pour introduire une pince dans la bourse et y attirer le testicule en bonne position ; il constitue alors autour du déférent une espèce de gaîne avec les couches celluleuses voisines.

M. Bazy croit qu'une pareille opération donne d'excellents résultats si elle est faite avant la puberté.

M. Broca pense que la section des vaisseaux testiculaires est une nécessité, mais non un procédé à régulariser ; en effet, cette section augmente les chances d'atrophie ultérieure de l'organe, mais nous préférons courir ces chances que de les devancer par une castration immédiate.

M. Routier appuie les conclusions de M. Sébileau sur le caractère terminal et jamais testiculaire de l'artère spermatique, et il considère qu'après la section de cette artère, si l'on n'a pas une nécrose immédiate, au moins peut-on compter sur une atrophie certaine. Ce même chirurgien estime que, si au cours de l'opération il n'est possible d'amener le testicule dans les bourses qu'à condition de réduire le cordon au seul canal déférent, il paraît alors préférable, le malade ayant été prévenu d'avance, de dégager le testicule de la paroi abdominale, où il est plus ou moins pincé et meurtri par les muscles, pour le placer pendant dans le ventre, où il est à l'abri de tout choc et peut encore fonctionner.

Un prolapsus rectal total traité par l'excision de 12 centimètres de muqueuse, il y a deux mois et demi, par M. Delorme, présente actuellement un résultat très satisfaisant : cicatrice invisible, anus dilatable et continent comme à l'état normal. — R. B.

Les Voyages d'Études aux Eaux minérales

Nous extrayons du *Bulletin de la Société Médicale de Cauterets* les lignes qui suivent. Nous les insérons sans commentaires, tout en manifestant l'espoir qu'il y a sans doute malentendu dans cette affaire. Du reste, pour mettre les choses au point, les praticiens que cette question intéresse pourront en assistant au *Congrès d'Hydrologie de Grenoble*, le 29 septembre, obtenir des renseignements précis sur la valeur curative des différentes stations minérales. Nous les engageons très vivement à entreprendre ce voyage qui joint l'agréable à l'utile. Ce Congrès s'ouvre dans une des régions les plus pittoresques de France ; il est présidé par M. Albert Robin, de l'Académie de Médecine, dont l'absolue compétence, toujours doublée de courtoisie, et la sûreté de jugement savent, tout en ne blessant jamais personne, placer la vérité au-dessus des effets oratoires. — Nous avons donné le programme de ce Congrès dans le n° 27 de ce journal.

Extrait de la discussion sur l'asthme et l'emphysème. — Société médicale de Cauterets, séance du 5 juillet 1902.

M. Miquel-Dalton..... M. Landouzy, dans sa regrettable improvisation, n'a fait aucune distinction entre l'asthme pur, que nous aurions tort de revendiquer, c'est entendu, et les autres asthmes : nous l'avons entendu vaticiner en propres termes qu'il fallait renoncer à l'illusion d'améliorer ici les emphysémateux. Le catarrhe chronique sans emphysème (à un quelconque degré) étant la grande exception, M. Landouzy nous enlèverait, s'il en avait malheureusement le pouvoir, une portion de notre contingent de malades que M. Dalton évalue à 40 0/0 peut-être. C'est contre cette malfaisante prétention que nous devons protester en opposant la pratique aux fantaisies professorales.

— M. Pédebidou dit que M. Landouzy a eu tort, en effet, de ne pas spécifier : catarrheux ou non catarrheux. Il y a les emphysémateux à spasme tétanique des muscles de Reissessen, et les emphysémateux à spasme intermittent se terminant par le catarrhe. Tel malade appartenant à la première catégorie amélioré par le Mont-Dore, arrivé plus tard à la deuxième étape, trouve au contraire soulagement chez nous. M. Pédebidou a vu de ces cas-là dans sa clientèle. Il conclut ainsi : devons-nous réclamer les emphysémateux sans catarrhe ? non ; — ceux dont la bronche suinte ? oui.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firbinger

PARIS. — IMP. CHARLES VERLAINDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la pollakiurie nocturne et de sa valeur séméiologique

Par M. le Dr Bazy, *chirurgien de l'hôpital Beaujon*

Il est de notoriété courante que le prostatique au début, celui qui vide sa vessie, ou du moins qui n'a qu'une stagnation vésicale passagère et intermittente, a de la pollakiurie nocturne. C'est même ce symptôme qui tracasse le plus certains malades, ennuyés d'être obligés de se lever 3 ou 4 fois la nuit et même plus.

Ce symptôme associé à la lenteur matutinale de la miction, à la faiblesse de la contractilité vésicale, caractérise le prostatisme à la première période, tel qu'il est compris actuellement d'après la définition et la description de M. Guyon.

Aussi, quand on trouve cet ensemble de symptômes chez une femme, a-t-on pu comparer l'état présenté par cette femme à ce prostatisme, et décrire le *prostatisme chez la femme* (Guyon).

L'expression qui ne manque ni d'audace, ni de pittoresque, sert donc à caractériser cet état qui se traduirait par des manifestations anatomiques et fonctionnelles, portant sur la prostate, la vessie, les reins, toutes sous la dépendance de l'artério-sclérose.

L'artério-sclérose serait le lien commun qui relie l'homme à la femme, si on peut s'exprimer ainsi ; c'est à cause de cette altération dans le système artériel qu'on observerait une symptomatologie analogue, et même semblable, dans l'un et l'autre sexe.

Cette manière de voir est, du reste, confirmée par cette observation du professeur Dieulafoy, à savoir qu'un des symptômes du brightisme latent est la pollakiurie nocturne.

Ce n'est pas toutefois l'interprétation que dans la grande majorité des cas, je donnerais des accidents et symptômes présentés par les prostatiques, estimant que s'il existe des altérations vésicales réelles, des lésions rénales, celles-ci sont consécutives à la lésion prostatique et aussi à l'infection dont ces différents organes peuvent être le siège.

Comme cette pollakiurie nocturne est un des symptômes les plus pénibles des prostatiques au début, et qu'il ne peut être question de prostate chez la femme, il faut donc chercher ailleurs la cause de cette pollakiurie.

J'espère donc montrer que cette pollakiurie nocturne a une autre signification, sur laquelle il est utile d'insister : elle indique, pour le dire immédiatement, la participation du rein, que cette participation soit d'ordre irritatif, congestif, ou qu'il s'agisse d'une lésion inflammatoire ou infectieuse.

Le diagnostic des lésions des reins ne saurait être fait avec trop de précision, tant au point de vue du pronostic que comporte une affection quelconque des voies urinaires, qu'au point de vue du traitement, et surtout du traitement chirurgical, quelle que soit, au demeurant, la nature de cette affection ; j'entends sa nature au point de vue microbien, car les néoplasmes ne se comportent pas au point de vue spécial qui nous occupe, comme les lésions ou irritatives, ou inflammatoires, ou infectieuses.

Les considérations qui suivent s'appliquent donc aux infections de nature tuberculeuse, aussi bien et peut-être mieux qu'aux infections liées aux microbes divers : staphylocoque, streptocoque, coli-bacille, etc.

Le diagnostic d'une lésion rénale devient facile quand on se trouve en présence d'un rein gros, douloureux; quand, à défaut de ces signes, on peut sentir l'uretère augmenté de volume; quand on a le réflexe urétéro-vésical ou le réflexe pyélo-vésical; quand le besoin d'uriner se fait sentir par une douleur dans le flanc, dans la région des reins, ou que la fin de la miction détermine une douleur dans le même point; quand il y a de la polyurie; quand il y a du pus en plus grande quantité que ne le comporte l'état apparent de la vessie ; quand la vessie très irritable spontanément se laisse cependant assez facilement distendre.

Mais dans beaucoup de circonstances, tous ces symptômes sont très atténués, ou bien on n'en trouve qu'un ou deux peu nets, peu précis, de telle sorte que si on pouvait en ajouter un troisième, un quatrième, la signification des premiers en serait accrue d'autant, le diagnostic serait renforcé et pourrait aller à la certitude, sans qu'il fût besoin de moyens instrumentaux d'exploration qui ne peuvent être employés que par quelques-uns, ceux qui voient assez de maladies de ce genre et qui ont l'habitude de se servir des instruments de diagnostic.

C'est à ce titre que je signale la *pollakiurie nocturne*.

Pour établir la valeur de ce moyen de diagnostic il faut prendre les cas où il existe d'une manière indubitable une lésion infectieuse ou irritative du rein, qui se traduit par les signes de certitude que nous connaissons bien, et alors on voit qu'il existe de la pollakiurie nocturne, plus ou moins accentuée, suivant les cas, plus marquée quand l'irritation est plus vive, moins quand l'inflammation tombe, plus ou moins marquée suivant les sujets, pouvant varier aussi avec des conditions que nous ne connaissons pas encore. Il faut en outre prendre des

Digitized by Google

sujets jeunes ou des femmes : les vieillards seraient des sujets de démonstration douteuse.

Cette pollakiurie est absolue ou relative.

Elle est absolue, quand le nombre des mictions nocturnes dépasse celui des mictions diurnes; elle est relative quand le nombre est égal ou inférieur.

Quand il est inférieur, on pourrait croire qu'il n'y a pas de pollakiurie ou que cette pollakiurie n'a pas une origine rénale, et le phénomène, pour conserver encore de la valeur, a besoin d'être analysé.

On sait que la cystite, surtout la cystite intolérante qui donne lieu à de la pollakiurie diurne, cause aussi, surtout quand elle est intense, de la pollakiurie nocturne. Mais les besoins d'uriner nocturnes sont beaucoup moins fréquents que les diurnes. Le sommeil a raison des vessies même assez sensibles.

Quand au contraire le nombre des mictions nocturnes se rapproche des diurnes, qu'il n'y a qu'un faible écart, il faut songer à l'origine rénale de cette pollakiurie nocturne, et alors songer à une tuberculose rénale, si l'ensemble des accidents ou si les lésions observées font penser à la tuberculose, ou si la présence du bacille de Koch dans l'urine permet de l'affirmer.

Au demeurant, que la lésion rénale soit unilatérale ou bilatérale, la pollakiurie nocturne n'en existe pas moins dans les deux cas.

Cette pollakiurie nocturne s'accompagne toujours de pollakiurie diurne. Puisque cette pollakiurie est réflexe, elle doit se manifester à tout moment, mais elle se manifeste davantage la nuit.

Mon collègue et ami Chevalier a publié en 1891 (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, p. 49), un bel exemple de prostatisme chez la femme; la pollakiurie nocturne était évidente; mais ce qui était non moins évident aussi, c'est l'état pathologique des reins, car il est dit : *légères douleurs rénales.*

Il est regrettable que l'état des uretères n'ait pas été signalé.

Assurément on devait trouver dans ce cas le ou les deux uretères augmentés de volume ; le toucher vaginal eût facilement permis de constater leur état, et de constater non moins facilement l'existence du *réflexe urétéro-vésical*, c'est-à-dire d'une douleur localisée au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie, douleur de caractère variable : brûlure, cuisson, etc., et qui quelquefois se traduit par une envie douloureuse d'uriner (réflexe descendant le plus fréquent), ou irradiation pénible vers le rein (réflexe ascendant rare).

Ainsi, dès que je constate le symptôme pollakiurie nocturne chez un malade ou une malade qui vient consulter pour une affection urinaire vraie, je puis sans me tromper affirmer à mes élèves que nous allons trouver une infection d'un ou des deux reins, et le plus souvent les signes que nous trouvons ne laissent aucun doute, même dans l'esprit des moins prévenus en faveur de ce diagnostic.

Aussi n'hésitons-nous pas, ni les uns ni les autres, à affirmer cette lésion rénale quand nous ne rencontrons par ailleurs que des signes atténués . accordant à ces signes atténués la valeur qu'ils doivent avoir, les groupant, nous leur donnons une signification tout à fait précise.

J'insiste sur tous ces points, qu'il est important que tout praticien connaisse, parce qu'ils permettront de faire un diagnostic précis, avec les seules ressources de la clinique et de l'observation et sans qu'il soit nécessaire, pour le faire, d'avoir recours à l'instrumentation.

Assurément il ne faut pas faire fi de l'instrumentation et la nécessité où nous sommes tous les jours d'introduire un instrument dans la vessie pour faire ou confirmer le diagnostic de calcul, serait là pour nous rappeler à tout instant que le diagnostic instrumental est souvent indispensable. Ce n'est pas le lieu de développer tous ces points; je n'insisterai pas. Je voulais seulement montrer que l'on peut souvent se passer des instruments pour faire un diagnostic et que, en particulier, on n'a pas souvent besoin pour faire un diagnostic d'employer les instruments séparateurs de l'urine des deux reins. (Je ne parle pas du cathétérisme urétéral qui depuis l'invention des instruments pratiques de séparation est bien mort).

Ces instruments séparateurs sont excellents, mais ils exigent les uns et les autres pour être employés d'abord un canal suffisamment large. L'un, le séparateur de Luys, correspond au n° 21 ; l'autre, le séparateur de Cathelin au n° 25. Je ne parle ici que des instruments français qui paraissent supérieurs aux étrangers.

Si l'introduction en est facile chez la femme, elle peut ne pas l'être autant chez l'homme, tant à cause de l'étroitesse du canal, qu'à cause des manœuvres spéciales qu'ils exigent, et si ces manœuvres sont simples pour des chirurgiens habitués au cathétérisme, elles peuvent ne point l'être autant pour des praticiens qui n'ont pas souvent l'occasion de sonder. Or c'est à ceux-ci que je m'adresse en ce moment.

Bien plus, il ne faudra demander à ces diviseurs, à ces séparateurs d'urine que ce qu'ils peuvent donner, la différenciation de la qualité des urines. Vient-il du pus d'un rein ? Vient-il du sang d'un rein et n'en vient-il pas de l'autre? C'est là seulement ce qu'il faut demander. Il ne faut pas baser un diagnostic sur l'analyse des quelques grammes d'urine que vous retirerez de l'un et de l'autre rein; en le faisant, on est exposé à faire fausse route et à enlever le rein qui sécrète le plus d'urée; c'est ce que, dans un cas, j'ai démontré à M. Albarran, en prenant ses chiffres;

Digitized by Google

d'autre part, dans un autre cas, me basant sur l'élimination du bleu de méthylène, j'ai pu enlever un rein à une malade que ce même chirurgien avait vue, chez laquelle l'analyse de l'urine extraite par le cathétérisme de l'uretère lui avait défendu de le faire.

Telles sont les considérations que je désirais présenter à l'occasion de ce symptôme la *pollakiurie nocturne*. Je résumerai mon opinion en disant que si on sait analyser tous les symptômes présentés par un malade, on pourra arriver à un diagnostic précis. C'est ainsi que l'on pourrait sûrement diagnostiquer pyélo-néphrite si on trouve réuni chez lui la pollakiurie et surtout le pollakiurie nocturne, la polyurie, avec ou sans douleur terminale de la miction, la douleur au niveau de l'extrémité inférieure de l'uretère, qu'on sente ou non l'uretère, et il n'est pas nécessaire de sentir le rein augmenté de volume, mais souvent on pourra déterminer une douleur à la palpation bimanuelle qui confirmera. Je ne parle pas des cas où le rein est gros.

Si, par surcroît, d'après l'état du malade et surtout l'examen bactériologique on trouve le bacille de Koch, on peut affirmer l'existence d'une tuberculose rénale.

Dans ces conditions, y a-t-il une indication opératoire de néphrectomie? Que faut-il savoir? Si l'autre rein sera capable de remplir seul son office d'émonctoire, si en d'autres termes il est sain : faites alors l'épreuve du bleu de méthylène ou de la *phloridzine* et si l'élimination de l'une ou l'autre de ces deux substances ou des deux se fait dans les délais normaux, on peut être sûr qu'un des deux reins est sain ; que ce rein sain est le rein opposé au côté malade, que l'on peut donc enlever le rein qui a été diagnostiqué malade s'il est indiqué de l'enlever.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Hygiène et traitement de la tuberculose

Par le Dr Depierris (de Cauterets)

La question de la tuberculose comprend deux points d'égale importance, et qui, à mon avis, doivent marcher de pair :

1° La prophylaxie de la maladie ;

2° Le traitement des tuberculeux.

Prophylaxie de la tuberculose. — Si l'on considère que la tuberculose est, à elle seule, la cause du cinquième, et même du quart des décès en France, depuis des années, on est forcé de reconnaître que notre pays, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, mais plus que d'autres, est la proie, non d'une épidémie passagère, mais, chose bien plus grave, d'une véritable endémie tuberculeuse bien autrement meurtrière que le choléra et toutes les autres épidémies réunies.

L'opinion publique s'émeut avec raison à la nouvelle de quelques cas de peste sur un navire s'acheminant vers un de nos ports, ou d'une recrudescence d'une épidémie de variole, fièvre typhoïde ou autre : mais que cela est peu de chose en présence des ravages de la tuberculose !

Pourtant, telle est la force de l'habitude que nous ne prêtons qu'une attention distraite aux hécatombes de la terrible faucheuse qui, *chaque jour*, avec la monstrueuse et presque mathématique régularité d'un fantastique marteau pilon, anéantit 4 à 500 existences françaises. C'est une calamité publique à nulle autre pareille, contre laquelle la lutte mérite bien de s'organiser toute autre affaire cessante.

Il convient de rendre hommage aux hommes qui ont été les premiers à jeter le cri d'alarme, et parmi ceux-là, trop nombreux pour les citer tous, je ne puis m'empêcher de nommer le Dr Armaingaud, de Bordeaux, qui a été le premier, sinon à signaler, du moins à répandre, à proclamer partout le chiffre effroyable de 150.000 décès par an en France par phtisie pulmonaire, sans compter les autres localisations de la tuberculose.

Ce cri a été entendu depuis longues années déjà. Des œuvres, des sociétés, des ligues se sont formées ; les pouvoirs publics se sont émus, des commissions ont été nommées, de volumineux et savants rapports ont été écrits. Mais de la conception à l'action la transition est longue dans notre pays, et c'est à peine si nous trouvons quelques institutions antituberculeuses en état de fonctionnement.

Si l'on recherche quels ont été les résultats de ces premiers efforts, on trouve que la mortalité par tuberculose est toujours en voie d'accroissement.

Le nombre annuel des décès par tuberculose à Paris était de 11.701 en 1893, et de 12.053 en 1899.

Tout est donc à faire ou à mieux faire en France, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose. Nous sommes en état d'infériorité vis-à-vis d'autres pays voisins. Sur 10.000 habitants nous perdons chaque année 30 personnes par phtisie pulmonaire, alors que l'Allemagne n'en perd que 22 et l'Angleterre 13. (Rapport de Brouardel au nom de la commission de la tuberculose instituée près le ministère de l'intérieur).

Avec notre climat bien supérieur à celui de ces nations, que ces étrangers recherchent quand ils sont atteints de tuberculose, cela est inconcevable, et nous devons en conclure que notre phophylaxie est à réformer.

Certes, il convient de ne décourager aucune bonne volonté, de tenir au contraire tous les efforts pour

Digitized by Google

louables, quand ils ont un but vraiment philanthropique, patriotique et désintéressé, de faire bon accueil à toutes les créations qui pourront, si peu que ce soit, concourir à diminuer cette effrayante mortalité. Mais il est légitime, comme l'a fait M. Savoire, de faire l'examen critique des moyens proposés, d'examiner si les résultats probables sont en rapport avec les sacrifices qu'ils demandent, de rechercher surtout les plus efficaces, en même temps que les plus pratiques, et les plus susceptibles d'application immédiate.

Les sanatoriums marins pour les candidats à la tuberculose, et pour les tuberculoses locales, en vue de prévenir l'infection générale, les sanatoriums pour tuberculeux confirmés, riches ou pauvres, les dispensaires antituberculeux, tout cela est très bon à mon avis ; ces établissements peuvent donner, doivent donner des résultats de trois ordres :

1° Ils empêcheront un certain nombre de candidats de devenir tuberculeux, et ils guériront quelques tuberculeux ;

2° Ils empêcheront un certain nombre de tuberculeux de semer aussi largement autour d'eux la contagion ;

3° Ils seront une école d'hygiène où un certain nombre de tuberculeux apprendront à se soigner, et à n'être pas nuisibles aux autres, notions qu'ils emporteront à leur sortie, et qu'ils pourront contribuer à répandre.

Sans doute, comme le signale très justement M. Savoire, le sanatorium n'est qu'un élément de prophylaxie très secondaire si l'on n'y admet que des tuberculoses fermées, et si on repousse les tuberculeux avancés les plus susceptibles de propager la maladie.

Pour être prophylactique, il devrait, au contraire, recevoir surtout les plus avancés, sauf à les isoler en séries suivant les chances de curabilité. Il produirait ainsi deux résultats appréciables ; d'une part, il fournirait un gîte bien nécessaire, et une mort un peu plus douce à quelques-uns de ces malheureux cadavres ambulants que nous voyons errer d'un hôpital à l'autre ; et d'autre part, il isolerait et mettrait à portée d'une désinfection sérieuse une partie de matière tuberculigène.

On ne l'a pas compris ainsi parce qu'on a voulu éviter qu'on pût appeler ces établissements : « des antichambres du cimetière » ; on a voulu empêcher que le tuberculeux à qui l'on conseillera d'entrer dans un sanatorium, n'en vienne à considérer ce conseil comme un arrêt de mort.

On ne peut pas dire pour cela que la prophylaxie par le sanatorium soit nulle. Parmi ces tuberculoses fermées, on peut bien admettre que quelques-unes guériront et ne deviendront pas ouvertes et nuisibles. Et pour celles qui doivent progresser et s'ouvrir, il est préférable qu'elles s'ouvrent au sanatorium, où la neutralisation du contage sera souvent mieux appliquée qu'à domicile.

Mais je me retrouve en parfait accord avec M. Savoire pour penser que le sanatorium ne réalise la prophylaxie de la tuberculose que dans une proportion très restreinte, infinitésimale, eu égard au nombre de nos tuberculeux. Nous avons 300.000 tuberculeux, et tout au plus quelques centaines de places dans les sanatoriums. On rêve sans doute d'en augmenter le nombre, malgré les difficultés financières que nous a si bien exposées M. Savoire. Mais, eussions-nous même les 9 ou 10.000 lits des sanatoriums allemands, que ce ne serait encore qu'une goutte d'eau sur ces centaines de mille foyers de contagion.

Donc le sanatorium est une bonne chose, mais au point de vue prophylactique il est insuffisant.

Le dispensaire anti-tuberculeux qui est nouveau venu, et qui est en ce moment l'objet des faveurs officielles, mais qui paraît moins goûté des praticiens, accentuera peut-être légèrement les effets du sanatorium, mais dans une mesure encore trop faible, car il est passible des mêmes reproches.

Si l'on admet avec M. Calmette que chaque tuberculeux soigné au dispensaire fournira une dépense de 3 fr. par jour, cela fait 1000 fr. par an au minimum. Si l'on voulait surveiller par le dispensaire, je ne dis pas les 300.000 tuberculeux français, mais seulement 50.000 choisis parmi les pauvres, il faudrait 50 millions par an, sans parler d'une organisation médicale bien complexe et peut être difficile à organiser.

Pas plus que les sanatoriums, les dispensaires anti-tuberculeux ne peuvent avoir la prétention d'atteindre de longtemps, sinon jamais, à ce chiffre de consultants, et leur influence prophylactique est également insuffisante.

Que reste-t-il donc à mettre en œuvre contre la propagation de la tuberculose ?

La lutte contre l'alcoolisme, qui fait, comme le dit M. le Pr Landouzy « le lit de la tuberculose » est en tous points légitime, à condition, toutefois, de ne pas tomber dans un excès de réaction injustifié, de ne pas proscrire *l'usage modéré* du vin de France, qui n'a jamais fait de mal à personne, qui est un tonique utile pour les adultes, et qui ne devrait être déconseillé que dans la première enfance.

Il en est de même de la lutte contre la syphilis.

Mais ce sont là des moyens qui, comme toutes les mesures d'hygiène, ont, sans nul doute, un rapport certain, mais un rapport indirect, et un peu éloigné, avec la tuberculose.

Personne parmi nous ne saurait s'en contenter.

Digitized by Google

Un élément bien autrement important, d'un rapport immédiat avec la tuberculose, est à considérer:

Cet élément c'est l'habitation.

Le logement salubre, dans l'acception médicale, hygiénique du mot, est, à n'en pas douter, le facteur le plus puissant pour la prophylaxie de la tuberculose. Il est inutile d'insister sur les méfaits de l'air confiné, sur l'action éminemment salutaire, bactéricide, du soleil et de la lumière, qui sont connus de tous.

L'expérience probante, du reste, nous est fournie par l'Angleterre. Comme le constate le Dr Boureille, dans une étude très remarquable, publiée dans une revue internationale de la tuberculose en janvier dernier : de 1851 à 1860, cette nation avait chaque année 26,79 décès tuberculeux pour 10.000 habitants. Elle fait des lois sur la salubrité des habitations, qui sont rigoureusement appliquées, et en 1899 la mortalité annuelle par la tuberculose se trouve tombée à 13,60 pour 10.000 habitants.

En France aussi, à Paris notamment, on a fait depuis cette époque d'immenses travaux qui ont fait pénétrer l'air et la lumière dans des quartiers occupés autrefois par des rues étroites, tortueuses et sales : les boulevards Saint-Michel, Saint-Germain, Malesherbes, Haussmann, l'avenue de l'Opéra, etc., etc., ont été percés. Malgré cela, la mortalité annuelle par la tuberculose, à Paris, qui était de 1861 à 1870, de 40,12 pour 10.000 habitants, s'élevait en 1897 à 47,05 pour le même nombre d'habitants. Pour toute la France ce chiffre, comme je l'ai dit, est de 30,20 pour 10.000 habitants.

Le Dr Boureille pense que la raison de cette différence entre Paris et Londres tient à ce que à Londres le nombre des maisons de 1 à 3 étages dépasse de beaucoup celui des maisons à 4 étages et au-dessus, qui sont obstructives pour l'air et le soleil.

La ville s'est étendue en surface, tandis que Paris enserré dans ses fortifications, s'est agrandi surtout en hauteur.

Il y a sans doute du vrai dans cette opinion: mais je trouve, pour ma part, que là n'est pas le principal motif; je l'attribuerais plus volontiers à ce fait que le même auteur nous indique, que l'hygiène est entrée dans les habitudes britanniques. L'Anglais, dit M. Boureille, « se vante avec orgueil d'être pro-« pre. Il se baigne souvent, dort la fenêtre ouverte, « court, voyage, s'extériorise de toutes façons. »

L'Angleterre avec ses lois sur les logements salubres, et sa population qui a su se pénétrer des préceptes de l'hygiène pour maintenir l'habitation salubre, a fait plus et mieux que l'Allemagne avec tous ses sanatoriums.

C'est là, je crois, la vérité. Il faut des logements salubres ; la nouvelle loi sur la santé publique permet d'y pourvoir. Mais il ne suffit pas que l'architecture fournisse une construction hygiénique. Il faut de plus que la population sache et veuille la maintenir en cet état.

Qu'on fasse occuper l'immeuble le plus conforme aux exigences de la salubrité par une population ignorante et malpropre ; que quelques tuberculeux viennent à y séjourner, il ne tardera pas, malgré son architecture, à un devenir un foyer de contagion.

Le corollaire obligé du logement salubre est l'éducation hygiénique des masses. C'est là le point important, qui peut recevoir une application immédiate. Il faut répandre à profusion dans la population française les notions d'hygiène antituberculeuse, comme le fait depuis longues années la Ligue française contre la tuberculose, qui sous la direction du Dr Armaingaud, a organisé des conférences dont plus de 60 villes de province, et dans les 20 arrondissements de Paris, comme le fait aussi la société de préservation contre la tuberculose, présidée par le Dr Peyrot. Cette vulgarisation aura pour effet, non pas de faire regarder le tuberculeux comme un pestiféré, de le faire abandonner par ses parents ou amis, mais de faire savoir, au contraire, que ce malade n'est nullement dangereux par sa respiration, ni par le contact, mais uniquement par ses sécrétions ou excrétions qui sont faciles à recueillir et à désinfecter ; qu'on peut le soigner, vivre à ses côtés sans le moindre danger, en prenant quelques précautions bien simples et peu assujettissantes.

Ce rôle d'éducateur est déjà rempli chaque jour par tous les médecins dans leur clientèle aisée. Mais les malheureux, les ignorants, y sont réfractaires ; il faut répéter à satiété ces notions pour les faire pénétrer dans les esprits :

Le logement salubre, et la vulgarisation des notions d'hygiène antituberculeuse sont les éléments les plus importants de la prophylaxie de la tuberculose.

Traitement des tuberculeux. — Au point de vue du traitement de la tuberculose, M. Savoire a raison aussi de protester contre l'idée, qu'on tend à répandre, *du sanatorium panacée.*

Le sanatorium est bon encore ici, mais seulement pour une catégorie de malades, les célibataires surtout, qui ne laissent aucun souci derrière eux en entrant dans l'établissement, mais il ne saurait s'appliquer à la généralité, pas plus des riches que des pauvres.

Heureusement le tuberculeux peut guérir aussi bien ailleurs que dans un sanatorium. Les autopsies classiques des vieillards et des décédés de mort violente le prouvent. Le traitement hygiénique et médicamenteux bien suivi à domicile ou à la campagne, à la montagne ou à la plaine, dans un climat exci-

Digitized by Google

tant ou sédatif, suivant les cas, peut rivaliser avec la cure à l'établissement fermé. C'est là une vérité bonne à dire, et il faut savoir gré à M. Savoire de l'avoir proclamée, pour rendre l'espoir à tous ceux, et ils sont la presque totalité, qui ne pourront jamais payer ou obtenir gratuitement une place dans un sanatorium.

L'important, pour avoir les plus grandes chances de succès, est de se soigner à temps. Lorsque la tuberculose est confirmée, avancée, nous savons bien qu'elle peut guérir encore à toutes les périodes, mais ce que nous savons aussi, de façon, hélas ! trop positive, c'est qu'on en meurt le plus souvent. Or, en général, on ne se soigne pas à temps parce que l'on ne se sent réellement malade que lorsque la maladie est déjà très avancée.

Quand on tousse, quand on crache, quand on a des hémoptysies, c'est qu'on a des tubercules déjà vieux, ou tout au moins adultes, qui irritent le tissu pulmonaire, les parois bronchiques et les vaisseaux.

C'est à l'anatomie pathologique qu'il faut se reporter pour comprendre qu'avant la formation du follicule tuberculeux, de la granulation grise, de l infiltration tuberculeuse, du tubercule caséeux, qui se sont que des étapes de la réaction de l'organisme contre l'attaque du bacille, ce bacille, cause de ces réactions, préexistait depuis longtemps dans l'organe malade.

Or, comme le dit M. Grancher, comme le signale M. Ribard, si l'on songe à la quantité qu'il faut de ces follicules tuberculeux, de ces granulations grises pour modifier d'une manière appréciable à nos sens le son, les vibrations vocales, le murmure vésiculaire du poumon atteint, on est obligé de conclure qu'on est depuis longtemps tuberculeux avant de le paraître.

Et c'est avant, bien avant l'apparition de ces signes que la thérapeutique devrait être appliquée, car c'est incontestablement alors qu'elle serait plus efficace pour aider l'organisme dans sa défense contre le bacille avant qu'il ne se soit trop multiplié et qu'il ne soit devenu le plus fort.

Mais comment appliquer cette thérapeutique, puisque nous n'avons à cette période *prétuberculeuse,* mais non *prébacillaire,* aucun signe clinique nous autorisant à dire au malade : il faut vous soigner? Quelques bacilles dans un poumon, au début de leur pénétration, ne donnent lieu à aucun symptôme, ni fièvre, ni toux, ni modifications de la respiration. Et pourtant l'ennemi est dans la place.

Reconnaître la présence du bacille à cette période est chose impossible. On peut supposer, comme quelques médecins, qu'il est chez tout le monde, au moins dans l'organisme de la moitié de nos concitoyens (autopsies de la Morgue par Brouardel). Cela ne suffit pas pour conseiller une cure ; nous ne serions pas écoutés si nous voulions mettre toute la société au régime.

Mais il y a quelque chose qui peut nous guider, c'est la connaissance du terrain de la tuberculose.

Les remarquables recherches de MM. Albert Robin et Maurice Binet, sur les échanges respiratoires, nous ont appris que ces échanges sont généralement augmentés, chez les tuberculeux, dès le début, avant l'apparition d'aucun autre signe clinique.

Peut-être même sont-ils modifiés dans le même sens avant toute invasion bacillaire, peut-être cet état constitue-t-il le terrain de prédisposition à la tuberculose tout préparé, et qui n'attend que la semence.

Ces travaux sont encore en cours, mais ils méritent déjà de fixer l'attention des médecins, car la voie dans laquelle ils orientent les recherches paraît certainement la meilleure.

Si, pour la prophylaxie de la tuberculose, il faut envisager à la fois la graine et le terrain, détruire le plus possible de bacilles, et rendre d'autre part par l'hygiène le plus grand nombre d'individus réfractaires, pour la thérapeutique on peut dire que le terrain prime la graine. Nous ne pouvons guère rien contre le bacille dans l'organisme ; mais nous pouvons beaucoup pour aider l'organisme à résister à son envahisseur. Le diagnostic du terrain tuberculeux apparaît comme un progrès considérable.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard.

Le rhumatisme infantile et la symphyse cardiaque

Un garçon de 17 ans, pâle et délicat d'apparence, à la suite d'un coup de froid, présente un frottement péricardique très net. Cette étiologie d'un coup de froid initial est indiscutable ; la péricardite a frigore existe. Seulement, le simple refroidissement ne suffit pas : il y faut l'appoint d'une autre cause. Le même fait se passe pour la pleurésie. La pleurésie à frigore est d'ordinaire tuberculeuse.

S'agissait-il pour notre jeune malade d'une maladie de même genre ? Sa péricardite a frigore était-elle tuberculeuse ? La mère tousse, maigrit, mais ne présente pas de signes nets d'induration pulmonaire. Le jeune homme dépérit. Serait-il en train de devenir tuberculeux ? Huit jours, quinze jours se passent. Aucun changement. Le frottement péricardique persiste très net, la fièvre oscille autour de 39°. Le diagnostic d'une péricardite tuberculeuse primitive demande à être discuté. C'est là une affection

Digitized by Google

rare. La péricardite rhumatismale se montre autrement fréquente.

Mais notre jeune malade ne présente aucun phénomène rhumatismal : ni torticolis, ni rhumatisme, ni douleurs de croissance. Un jour, cependant, une piste surgit, une légère douleur avec rougeur des téguments est remarquée à la pression du genou droit. Nul doute : le genou est touché par une atteinte rhumatismale très atténuée; de douleur spontanée, il n'en existe pas. La douleur n'est réveillée que par la pression. Ce n'était pas une péricardite tuberculeuse à laquelle nous avions affaire, mais une péricardite rhumatismale.

Or, c'est là un fait très important que ce peu d'accentuation des manifestations articulaires, coïncidant chez un jeune homme avec le développement d'une complication cardiaque. Cette constatation serait faite pour étonner si elle ne confirmait pas une loi générale de la pathologie du jeune âge.

Tandis qu'à un adulte de 30 à 35 ans, il faut beaucoup de rhumatisme articulaire pour produire un peu de rhumatisme cardiaque, chez l'enfant, c'est l'inverse, peu de rhumatisme articulaire entraîne beaucoup de rhumatisme cardiaque. Qu'un adulte présente une lésion cardiaque orificielle, rarement cette lésion est récente; d'ordinaire elle remonte loin dans le passé. ayant fait suite, au jeune âge, soit à un rhumatisme, soit à une chorée, soit à une maladie infectieuse.

Chez l'enfant, un simple torticolis, une douleur de pied parfois prise pour une entorse ou quelques vagues « douleurs de croissance », suffisent comme porte d'entrée : l'atteinte douloureuse est si bénigne qu'elle peut passer inaperçue; de là sans doute un certain nombre de ces rhumatismes cardiaques appelés primitifs à tort. Le rhumatisme cardiaque n'est pas primitif toujours, mais il succède à une manifestation douloureuse qui avait passé inaperçue. Souvent en pareil cas la péricardite s'installe. Or c'est là une maladie fort sérieuse.

L'anatomie pathologique nous fait saisir tout de suite sa gravité. La péricardite rhumatismale présente une très riche vascularisation des fausses membranes; ces dernières tendent à l'organisation et même quand la péricardite a disparu, elles continuent d'évoluer. Au point de vue du pronostic et du traitement, ce détail est très important, car des adhérences se forment aisément qui gênent le travail du cœur.

Notre jeune malade présente aujourd'hui des signes d'adhérences ; il existe une dépression systolique au niveau des 4e, 5e et 6e espaces intercostaux. Ce signe n'est pas fréquent. Il faut qu'il y ait adhérences du péricarde avec le médiastin, la paroi costale et le diaphragme pour qu'il se produise. En outre il s'observe dans d'autres maladies que la symphyse cardiaque. Friedreich l'a noté dans le rétrécissement aortique, Huchard dans plusieurs cas d'ectasie aortique. La fixité de la pointe du cœur est un autre signe excellent. Chez notre malade, le cœur ne se déplace pas dans le décubitus latéral, comme il fait normalement, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Ce signe n'a qu'un tort, c'est de ne pouvoir toujours être perçu. La pointe du cœur ne se sent pas constamment. Plus sûre apparaît la fixité de la matité cardiaque. Une fois mesurée, celle-ci ne varie pas. On a beau déplacer le thorax du malade de droite ou de gauche : les lignes de matité restent fixes. D'autres signes sont encore offerts par le malade, les uns dépendant de sa symphyse cardiaque, d'autres d'une endocardite et d'une lésion valvulaire concomitantes.

La symphyse cardiaque a déterminé des adhérences inflammatoires. Celles-ci ont comprimé des filets du phrénique et donné lieu à un double point douloureux, l'un siégeant à la pointe du cœur, l'autre au côté gauche du cou.

En résumé, les signes de symphyse cardiaque que nous avons devant nos yeux sont au nombre de trois : 1° la dépression systolique pluri-costale ; 2° la fixité de la pointe du cœur et de la matité cardiaque; 3° les douleurs sur le trajet du phrénique.

Les classiques signalent bien d'autres signes. Nous ne les décrirons pas. Les maladies les plus riches en symptômes sont parfois les plus pauvres pour la constatation clinique. Tel est le cas de la symphyse cardiaque qui parfois sort complètement des cadres qui lui sont assignés. En sorte qu'elle ne se révèle même par aucun signe et peut rester latente tout le long de son évolution.

Nous avons dit que notre jeune homme, outre sa symphyse, laissait percevoir des signes d'affection valvulaire. Il nous montre en effet un double souffle systolique et diastolique à la base, indiquant un rétrécissement et une insuffisance de l'orifice aortique. Il existe de la voussure précordiale et une forte hypertrophie du cœur, tous signes imputables à la lésion valvulaire. La pointe bat dans le 6e espace intercostal.

Le traitement consiste à la fois à calmer la douleur locale et à calmer l'éréthisme du cœur. On fera des frictions sur les régions douloureuses avec la pommade suivante :

Lanoline.....	30 grammes
Vaseline.....	20 —
Salicylate de méthyle.....	10 —
Menthol	5 —
Essence de lavande....	2 —
(Ou coumarine).....	0 gr. 50

Digitized by Google

Ces deux derniers produits sont destinés à masquer l'odeur désagréable du salicylate de méthyle. Outre cette pommade, de la révulsion sous forme de pointes de feu superficielles sera indiquée.

Intérieurement, on administrera pour calmer l'éréthisme cardiaque, trois fois par jour une pilule d'extrait de convallaria maïalis à 15 centigrammes. Tous les quinze jours, le médicament sera interrompu pendant cinq jours. Il sera remplacé trois jours par un granule de digitaline de Nativelle à 1/4 de milligramme administré le matin. C'est là une faible dose, mais la digitaline à doses faibles agit fort bien comme sédatif du cœur.

Comme Cadet de Gassicourt l'a démontré le premier. la péricardite tuberculeuse du jeune âge se complique presque toujours de congestion et de sclérose du foie, d'où ascite consécutive. Celle-ci n'apparaît le plus souvent qu'après la disparition du frottement péricardique, de sorte que, dans les cas assez fréquents où le médecin n'a pas assisté à l'évolution de la péricardite, il peut croire à l'existence d'une cirrhose du foie non tuberculeuse. Or, la cirrhose alcoolique est extrêmement rare chez l'enfant, et l'on peut dire que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une cirrhose hépatique chez un enfant, il faut chercher attentivement tous les signes d'une ancienne péricardite, signes tellement atténués qu'ils peuvent passer inaperçus. Dans ces cas, la maladie est *dissociée* : au début, péricardite avec tous ses symptômes qui peuvent absolument disparaître pour ne laisser que les symptômes d'une congestion hépatique d'abord, d'une sclérose hépatique ensuite, presque toujours cause de la mort consécutive. Ce fait de maladie dissociée est important au double point de vue, clinique et thérapeutique.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

Les cours de vacances

A différentes reprises les lecteurs du *Journal des Praticiens* nous ont demandé des renseignements sur des cours de spécialités où en peu de semaines l'auditeur qui les suivrait aurait pouvoir de rafraîchir son instruction médicale et de s'initier aux nouvelles méthodes. C'est à un tel but que répond le cours des vacances organisé par un certain nombre de confrères, tous versés dans la branche qu'ils enseignent et prêts à en répandre la connaissance pratique dans une série de séances instructives et de chiffre restreint. Neuf leçons pour chaque spécialité suffiront à en faire pénétrer les notions essentielles. C'est ainsi que le Dr Leredde enseignera la thérapeutique dermatologique, que le Dr Souligoux s'arrêtera à des problèmes de chirurgie pratique (réduction des luxations, appareils des fractures), que le Dr Soupault entretiendra ses auditeurs des maladies de l'estomac, que le Dr Noguès rappellera la thérapeutique des voies urinaires, que le Dr Rochon-Duvigneaud s'attachera au maniement de l'ophtalmoscope et aux pansements oculaires. L'art de formuler, les maladies mentales, l'oto-rhino-laryngologie, le massage, l'électricité médicale, la gynécologie sont confiés à d'autres confrères, tous aussi parfaitement compétents. L'ensemble des cours ne dépassera pas trois semaines, en sorte que le praticien qui désire se perfectionner dans l'une ou l'autre de ces spécialités, s'il prend ses vacances à Paris, aura vite fait de rentrer chez lui sérieusement exercé et prêt à tenir son rôle dans les diverses éventualités qui se feront jour.

Ces cours de vacances peuvent être comparés aux cours de perfectionnement qui sont institués dans d'autres pays. Sorti de l'école, le praticien s'aperçoit seulement des lacunes de son instruction médicale ; la thérapeutique qui est la chose essentielle, il ne l'a guère apprise, si complètes aient été ses études. Il posera un diagnostic, saura disserter sur les causes du mal et les altérations qui l'accompagnent. Quant à le traiter, c'est autre chose. Sur les bancs de l'Ecole, la thérapeutique ne jouit que d'un crédit assez mince ; on la considère comme une science de surcroît, à laquelle sans doute il convient de temps à autre de consacrer quelques lignes, mais qui ne saurait retenir l'attention de l'étudiant. Comme si la thérapeutique n'était pas la clef de voûte de l'édifice ; sans elle, tout le reste croule. A quoi servent l'anatomie, la physiologie, la pathologie si toutes ces sciences doivent rester à l'état de préambule ou de prélude, si le médecin n'a pas possibilité d'en tirer parti, si les conclusions thérapeutiques se dérobent ? Toute découverte, quelle qu'elle soit, dans l'ordre des sciences médicales, se recommande surtout par les applications pratiques qui en dérivent.

Que ces applications manquent, quelque chose d'incomplet et d'inachevé amoindrit la découverte. Elle reste à l'état de graine intéressante peut-être, mais stérile. Ce n'est pas cela qui fait l'affaire du praticien. Il demande à être renseigné, non d'une manière théorique et savante, mais d'une manière utile. Les cours de vacances donnent satisfaction à un pareil désir (voir n° 28 du journal).

Nous est-il permis de rappeler que dans la presse médicale, le *Journal des Praticiens* poursuit une tâche du même ordre ; reléguer au second plan les informations théoriques, hâtives, souvent contredites le lendemain, et placer en première ligne toutes les notions pratiques vérifiées, vraiment utiles. « L'actualité, comme l'a dit excellemment notre directeur, n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours, c'est ce qui se fait tous les jours dans la pratique médicale. »

Digitized by Google

MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

ANATOMIE NERVEUSE

Des troubles de la sensibilité générale dans les hémiplégies d'origine cérébrale

Par le Dr A. Breton (de Dijon)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

L'étude des troubles de la sensibilité générale chez les hémiplégiques de cause cérébrale paraît d'abord facile, et cliniquement d'exploration aisée. Mais quand on l'aborde, on voit de suite se dresser les difficultés et si on cherche à les vaincre, certaines semblent insurmontables, du moins jusqu'ici.

Il faut une grande patience, une longue persévérance pour obtenir un résultat, pour le contrôler, discerner la vérité dans les réponses contradictoires des malades. Ceux-ci doivent être sélectionnés, car l'intelligence est nécessaire à la compréhension du symptôme clinique recherché, et le patient joue le rôle capital. Il faut s'en faire bien comprendre; il est nécessaire d'éviter les supercheries volontaires ou non de sa part. Dans cette catégorie de malades, l'atteinte portée en général aux facultés intellectuelles est toujours sensible, la lassitude et la confusion arrivent rapidement. D'où la nécessité d'un contrôle réitéré, d'un temps d'explorations longues et méticuleuses. En réalité, c'est une étude ardue et de patience.

Nous nous inspirerons des nombreux travaux parus sur ce sujet. Au début de ce mémoire, il nous a paru utile de jeter un coup d'œil sur l'anatomie nerveuse des voies de conduction de la sensibilité. Ce sera le premier chapitre.

Quel que soit le mode de sensibilité en vue, toutes les impressions sont recueillies à la surface de la peau et transmises aux centres par les nerfs périphériques, faisant, pour ainsi dire, office de canaux collecteurs. Le premier centre nerveux réceptif important est le ganglion des racines postérieures, d'où elles passent dans le cordon médullaire.

Les expériences de Bell, Longet, Magendie, Cl. Bernard, Waller, His, ne permettent plus de mettre en doute l'origine des racines postérieures rachidiennes. Elles prennent naissance dans les cellules unipolaires des ganglions spinaux intervertébraux. Les travaux de Ranvier, Retzius, von Lenhossek, ont montré que ces cellules ganglionnaires ne possèdent qu'une seule expansion divisée en deux branches : la première, externe, va à la périphérie du corps se terminer dans l'épiderme et les corpuscules sensitifs ; la seconde, interne, pénètre dans la moelle par la racine sensitive.

En pénétrant dans la moelle, les fibres radiculaires postérieures se divisent en deux branches verticales : l'une ascendante, plus volumineuse et plus longue, l'autre descendante, de longueur variable. En outre, toutes ces branches émettent des collatérales qui pénètrent la substance grise médullaire et s'y terminent par les arborisations péri-cellulaires.

De la périphérie de la moelle à la corne postérieure elles traversent une zone de substance blanche et y forment la zone radiculaire de Lissauer ou interne. Par analogie de structure, Bechterew a décrit, à la limite du cordon postérieur et du cordon latéral, une zone radiculaire postérieure latérale. Mais en avant de la zone radiculaire interne, longeant le bord interne de la corne postérieure, on a décrit une zone cornu-radiculaire, Enfin, en avant de cette dernière existe la zone cornu-commissurale.

Les fibres qui contribuent à la formation des zones radiculaires interne et cornu-commissurale, s'éloignent ensuite de la substance grise, et forment un petit faisceau, parallèle à la corne postérieure, dont le séparent les fibres radiculaires supérieures à celles considérées, qui n'est autre que la bandelette externe de Pierret.

Après pénétration dans la substance grise, les fibres radiculaires postérieures se terminent par des ramifications : les unes, autour des cellules de Clarke, dans la substance de Rolando, dans la région centrale de la substance grise; les autres vont dans la corne antérieure former un plexus aux cellules motrices. Quelques-unes aboutiraient à la corne postérieure opposée (Bechterew), opinion réfutée par Long.

« Grâce à Lenhossek, Ramon, von Gehuchten, Kœlliker, nous avons appris que les fibres radiculaires postérieures vont, plus haut ou plus bas que leur point de pénétration, se distribuer à des étages de la substance grise de niveau différent. » (Brissaud.) Mais le rôle important de ces fibres radiculaires est la formation des cordons postérieurs de la moelle.

Leur origine se trouve dans les rameaux ascendants et descendants, dans les collatérales, des racines postérieures. On en distingue deux : l'un, interne, cordon de Goll ou cordon grêle ; l'autre, externe, ou cordon de Burdach, cordon cunéiforme. Il ne faut point cependant s'imaginer que ce sont deux cordons isolés, seulement juxtaposés. Leurs fibres constitutionnelles passent de l'un à l'autre, comme on peut le voir aux étages supérieurs de la moelle où les fibres radiculaires du cordon de Burdach passent dans celui de Goll. D'ailleurs,

Digitized by Google

chaque racine se place, au moment où elle pénètre dans la moelle, en dehors de celles qui s'y trouvent déjà. Celles-ci se trouvent donc refoulées en dedans dans les faisceaux de Burdach et de Goll lui même. C'est ce qu'on dénomme la loi de Kahler et Pick. Ces fibres radiculaires composant les cordons médullaires postérieurs, ne sont pas seules : on leur a donné le nom d'exogènes par rapport à d'autres dites endogènes. Ces dernières ne sont autres que les fibres abandonnées chemin faisant à la substance grise par les faisceaux dénommés. Mais après une sorte de relai dans les cellules de la substance grise, elles repartent dans leur trajet ascendant pour constituer les cordons. Quelques-unes ont aussi un trajet descendant. D'après Bechterew, les fibres endogènes ascendantes aboutiraient, du moins pour un petit nombre, au bulbe; tandis que pour Long, elles n'ont qu'un trajet intra-médullaire plus ou moins étendu, exception faite pour celles qui gagnent le cervelet, soit par le faisceau cérébelleux direct, soit par le faisceau de Gowers. Ainsi constitués, les cordons postérieurs ont un trajet ascendant et aboutissent aux masses nerveuses de substance grise situées au bulbe de chaque côté de l'extrémité inférieure du plancher du quatrième ventricule : ce sont les noyaux de Goll et Burdach. D'après Edinger, il y a une autre voie sensitive collatérale dont les fibres de transmission passent en partie dans les cordons antérieurs et latéraux de la moelle. Quoi qu'il en soit, toutes ces fibres sensitives aboutiraient à la formation du ruban de Reil.

Des noyaux bulbaires précités partent des fibres dites arciformes internes qui s'entrecroisent et forment le ruban de Reil en France, lemniscus-fillet en Angleterre, schleisse en Allemagne, couche du ruban. D'après Sappey, les fibres sensitives, après entroisement, traversent la protubérance, le pédoncule cérébral, la couche optique et vont « très probablement dans la couche grise des circonvolutions occipitales ». Pour Testut, le ruban de Reil est l'ensemble des faisceaux sensitifs, dont les uns sont croisés déjà dans toute la hauteur de la moelle (faisceau de Gowers, dont les autres, faisceau de Goll et Burdach) ne s'entrecroisent qu'en bloc au bulbe. Tous ces faisceaux traversent le bulbe, la protubérance, le pédoncule cérébral. Dans ce pédoncule on peut les suivre sur deux trajets : l'un médian passe dans le pied et s'unit au faisceau pyramidal; l'autre situé à la partie externe du pied aboutit d'un côté aux circonvolutions de l'insula, et de l'autre à la couche optique. Suivant Meynert, le faisceau sensitif passe par la partie supérieure de l'entrecroisement bulbaire, occupe la partie externe de la pyramide, se loge dans le segment externe du pied du pédoncule, traverse la capsule interne à sa partie postérieure et aboutit aux circonvolutions occipitales.

Cette description n'est pas exacte en tous points pour Flechsig. Long, dans son important travail, décrit un ruban de Reil médian et un latéral. Ce dernier se confond souvent avec le premier, s'étend de l'olive supérieure au tubercule quadrijumeau postérieur (Forel, Monakow, Bechterew).

Le ruban médian, ruban interne ou principal de Bechterew, est beaucoup plus complexe. Il tire sa principale origine des noyaux bulbaires des cordons postérieurs et aboutit au noyau externe de la couche optique. Il est formé, d'après Bechterew, d'un faisceau externe venu du noyau de Burdach, d'un faisceau interne venu du noyau de Goll et de faisceaux accessoires. Si autrefois la terminaison du ruban de Reil était placée directement dans l'écorce cérébrale, des travaux plus récents l'ont fait arrêter dans la couche optique, (Forel, Monakow, Mahaim, Mr et Mme Déjerine). Ces derniers auteurs ont même précisé le point terminus : la partie inférieure du thalamus et le noyau externe dont ils ont fait « la région du ruban de Reil médian ». Ces fibres sensitives ne vont donc plus directement à l'écorce cérébrale (lobe pariétal) par la capsule interne, comme le voulaient Flechsig, Hœsel.

Dans son trajet, le ruban de Reil communique, grâce à des fibres courtes, avec les divers étages nerveux qu'il traverse. Il se met encore en relations avec divers étages gris cérébraux : les olives bulbaires (Meynert, Flechsig, Roller, Mendel); le corps trapézoïde, les tubercules quadrijumeaux postérieurs (Freund, Bruce) ; les noyaux du pont, les noyaux du moteur oculaire commun (Bechterew); le corps de Luys, le noyau lenticulaire (Flechsig, Bechterew, Darkschewitsch, Pribigthow).

On avait admis primitivement que les faisceaux sensitifs passaient directement du pied du pédoncule dans la capsule interne pour aboutir au centre ovale. Mais actuellement on décrit, partant de la couche optique, un faisceau thalamo-cortical, qui prolonge jusqu'à l'écorce cérébrale les faisceaux sensitifs qui ont eu le thalamus pour relai ultime. Dans la capsule interne, on ne trouve plus un faisceau sensitif distinct et séparé, mais un faisceau mélangé aux autres fibres de ce lieu de passage, aux fibres pyramidales notamment. M. Déjerine a fait de la capsule interne une étude spéciale. Elle a été divisée en trois segments : antérieur, postérieur, rétro lenticulaire. La partie antérieure correspond aux fibres unissant la couche optique à la partie antérieure du lobe frontal. La partie rétro-lenticulaire est occupée par les fibres reliant le thalamus au pulvinar, au corps genouillé externe, aux tubercules quadrijumeaux antérieurs. De plus, s'y rencontrent les fibres de

Digitized by Google

projection de la face externe du lobe occipital, de la partie postérieure du lobe pariétal. Meynert avait décrit un faisceau spécial qu'on retrouve ici: D'après cet auteur, il partirait de la partie supérieure de l'entrecroisement bulbaire, se logerait à la partie externe de la pyramide motrice, occuperait le segment externe du pied du pédoncule, la région postérieure de la capsule interne et par la couronne rayonnante aboutirait aux circonvolutions du lobe occipital. Or, ce faisceau dégénérant de haut en bas, serait à exclure de la zone sensitive (Long). La partie postérieure de la capsule interne est occupée par les fibres venues des 5/6e supérieurs des circonvolutions rolandiques, du lobule paracentral, de la partie antérieure du lobe pariétal ; par les fibres unissant le thalamus au noyau lenticulaire, au corps de Luys, à la région sous-optique. On trouve au genou, les fibres issues de l'opercule rolandique.

Quoi qu'il en soit, suivant le Pr Brissaud « l'ana-
« tomie normale et l'anatomie pathologique démon-
« trent que les conducteurs sensitifs convergent tous
« vers une région de la capsule interne, appelée
« carrefour sensitif, et que la destruction de ce car-
« refour a pour effet constant et invariable l'hémi-
« anestésie croisée. Il existe donc un faisceau sensitif
« qui, dans un point donné de l'encéphale, renferme
« toutes les fibres croisées de la sensibilité. »

Les rapports des fibres sensitives avec la corticalité ont donné lieu à de nombreuses discussions. Les dégénérations expérimentales de Flechsig et Hœsel semblent plaider en faveur d'une voie directe des fibres des noyaux de Goll et Burdach aboutissant aux circonvolutions centrales. D'après ses expériences, Monakow admit l'union d'une partie des fibres du ruban avec le lobe pariétal. Mahaim met en doute ce résultat et admet (et avec lui ensuite Monakow), que les fibres sensitives s'arrêtent au thalamus. C'est l'opinion actuelle vérifiée par MM. Déjerine, Bechterew, Lazurski.

Les rapports de corticalité ne sont donc pas directs, mais se peuvent faire par les fibres thalamo-corticales. D'après J. Soury, la sensibilité générale avec ses modes divers a pour localisation corticale les régions suivantes : lobule paracentral, pieds des pariétales et frontales, face interne de la première frontale, face interne du lobule pariétal supérieur. Les cas pathologiques de Knapp (1891), Dana (1893), Déjerine (1893), Darkschewitsch (1890), Ranson (1992), Madden (1893), à l'instar d'expériences, les travaux de Tripier, 1877-1880, démontrent que les zones motrices et sensitives ont la même situation corticale chez l'homme.

Cette opinion, admise maintenant, ralliait déjà Lisso (1882), Déjerine (1885). Pour le grand nombre des auteurs qui ont étudié la question, la région rolandique est à la fois centre moteur et centre sensitif, cortical, de la moitié opposée du corps. Ce centre sensitif était placé par Charcot aux régions postérieures de l'encéphale. David Ferrier (1875), le cantonnait à la région de l'hippocampe; Horsley et Schœfer confirment cette idée et y adjoignent le gyrus fonicatus. Mais d'après Munck, ces expérimentations n'avaient obtenu de résultats probants qu'en lésant en même temps les centres moteurs. Ballet (1881), admet l'existence d'une zone sensitive comprenant toute la région de l'écorce située en arrière des circonvolutions frontales.

Hamaide (1888), met en rapport les anesthésies d'origine corticale avec les lésions intéressant les circonvulutions rolandiques et la partie attenante du lobe pariétal. Allen-Starr superpose les zones motrices et sensitives et n'accorde aucune participation au lobe frontal, aux circonvolutions occipitales, temporo-sphénoïdales. Sachs (1893), plaçait les centres sensitifs en arrière des centres moteurs. Bechterew les localise au-dessous et en arrière de la zone motrice.

En résumé, après les travaux de Hitzig, Bastian, Nothnagel, Schiff, Schopen, Munck, François Frank, Ferrier, Bechterew, Déjerine, Tripier, Richet, Horsley, on conclut : que la localisation corticale est la même pour la motilité et pour la sensibilité (Long). Mais la zone corticale sensitive s'étendrait sur un territoire plus large que la zone motrice (Bechterew) et les centres sensitifs seraient plus diffus que les centres moteurs (Dana). Quelques auteurs n'admettent cependant pas la fonction sensitive et motrice de l'écorce cérébrale et rejettent les centres corticaux sensitifs et moteurs.

Pour finir, nous dirons donc qu'il est admis que la région dite motrice est une région sensitivo-motrice.

Dans toute cette étude, les relations nerveuses avec le cervelet ont été mises de côté, comme n'entrant pas dans le plan du travail que nous nous sommes proposé.

Bibliographie — J. Soury. — Le faisceau sensitif. La localisation cérébrale de la sensibilité générale. *Revue des Sciences, 1894.* — S. Ramon y Cajal : Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux. Croonian, lecture faite le 8 mars 1894. *Revue gén. des Sciences, 1894.* — Bechterew : Les voies de conduction du cerveau et de la moelle, 19 0. — Long : Les voies centrales de la sensibilite générale. *Th. de Paris, 1899.* — N. B. On trouvera dans cet auteur, un index bibliographique complet, qui nous dispense d'allonger le présent. — Edinger : Einiges vom Verlauf der Gefühlsbahnen im centralen Nervensystem. In *Deutsche medicinale Wochenschrifft, 1890.* — Sappey : Anatomie descriptive. T. III. — Testut : Anatomie descriptive du système nerveux. — Dejerine : Mémoire de la Soc. de biologie, 1893. *Revue de neurologie, 1893.* — Brissaud : Leçons sur les maladies du sys-

Digitized by Google

tème nerveux 1895. — Dana : *Semaine médicale, 1888-1894.* — Charcot : Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, 1887. — Bourdicaud-Dumay : Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité générale, etc. *Th. de Paris, 1897.* — Aba : Etude clinique des troubles de la sensibilité générale, etc. *Th. de Paris, 1896.*

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

De quelques réactions urinaires au cours des maladies du foie. — Réactions de Salkowski et de Haycraft. — Le praticien possède plusieurs moyens capables de le renseigner sur l'état de la fonction hépatique. Tous ces moyens reposent sur la connaissance de l'excrétion urinaire. Le foie est-il lésé, l'épreuve de la glycosurie alimentaire démontrera l'atteinte de l'organe. Cette épreuve sera instituée de la façon suivante : on administrera à jeun le glucose (150 gr. de glucose délayés dans de l'eau afin d'obtenir un sirop), après avoir pris soin d'examiner les urines de la miction précédente et s'être assuré de l'absence de sucre; le sujet ne prendra rien dans les premières heures qui suivent l'ingestion. La présence du sucre sera démontrée par la réaction de la liqueur de Fehling et la fermentation du glucose. Ce dernier procédé est tout de laboratoire. Il consiste à faire fermenter le glucose par le coli-bacille en présence du carbonate de chaux. Pour cela, on porte à l'autoclave une petite quantité d'urine additionnée d'un peu de carbonate de chaux et l'on ensemence ensuite avec le coli-bacille. L'existence de glucose se traduit par de petites bulles de fermentation (réaction de Nylander).

On peut aussi se rendre compte de l'état du foie par l'analyse de l'urée, mais celle-ci doit être faite sur l'urine des 24 heures et renouvelée fréquemment, les oscillations d'un jour à l'autre pouvant être assez marquées. D'autre part, il faut que le rein soit sain pour qu'on ait droit de conclure; un rein malade est moins perméable, il permet de doser non l'urée produite par le foie, mais l'urée excrétée à travers le rein. L'alimentation de son côté pourra influer sur le résultat; l'hypo-azoturie des cancéreux dépend non de l'état de leur foie, mais de l'état d'inanition où les plonge leur mal. La température du malade constitue un autre facteur d'erreur: a t il de la fièvre? les quantités d'urée éliminée sont variables.

La recherche des pigments biliaires se pratique par la réaction de Gmelin (formation d'anneaux verts, bleus, violets, rouges, jaunes par l'adjonction d'acide nitrique qu'on verse le long des parois d'un verre conique empli d'urine). Lorsque l'épreuve est négative, on n'est pas en droit de conclure à l'absence de pigments. Comme le recommande M. Prosper Merklen à qui nous empruntons les détails qui précèdent (*Bull. des Sc. Pharmac.*, juin 1902), il convient de s'adresser à un autre procédé qui est la *réaction de Salkowski.* Voici la technique : filtrer l'urine, l'alcaliniser avec de la lessive de soude; y ajouter ensuite lentement, sans agiter, une solution de chlorure de calcium au dixième qui en précipite les matériaux solides. Le précipité est abondant, grisâtre ; on verse le chlorure de calcium jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité nouveau. Puis on filtre. Le précipité est placé au fond d'un verre à expérience, solubilisé par quelques gouttes d'acide chlorhydrique et offert ensuite à la réaction de Gmelin. La réaction de Salkowski n'est donc autre chose qu'une réaction de Gmelin pratiquée sur une plus grande quantité de matériaux urinaires.

La réaction de Haycraft est d'exécution plus simple; il est nécessaire d'opérer sur des urines fraîches ou tout au moins sur des urines qu'un antiseptique aura empêchées de fermenter : le cyanure de mercure à la dose d'une pincée de sel, prévient toute fermentation et n'exerce aucune action sur la précipitation du soufre. Les urines sont versées dans un verre à expérience ; on fait tomber à leur surface de la fleur de soufre, en se gardant bien de les agiter. La chute du soufre au fond du verre indiquerait que l'urine contient des acides biliaires, son maintien à la surface impliquerait l'absence de ces acides. Il faut attendre cinq minutes avant de se prononcer (Chauffard et Gouraud). Cette épreuve même positive n'est pas absolument concluante. Le procédé de Haycraft peut donner un résultat positif sans que l'urine présente de traces de précipités biliaires. L'interprétation est donc très délicate et M. Merklen estime qu'il convient de distinguer les cas où la réaction relève de l'existence des acides biliaires et ceux où elle tient à d'autres causes, forte densité des urines, acidité urinaire. C'est dire que la réaction de Haycraft devra être complétée par celle de Salkowski.

L'acide orthonitrophénylpropiolique comme réactif du glycose. — Lorsqu'en solution alcaline on fait bouillir l'acide orthonitrophénylpropiolique avec un corps réducteur, le glycose, par exemple, l'acide est réduit et il se produit de l'indigotine par synthèse.

C'est cette réaction déjà utilisée par Hoppe-Seyler que M. le Dr Guglielmo Ruini a étudiée à nouveau (*Riforma medica*, 25 juin 1901).

Le réactif se compose d'acide orthonitrophénylpropiolique 0 gr. 30 centigr. et de solution de soude à 6 0/0, 100 grammes.

On fait bouillir 5 centimètres cubes du réactif avec 10 gouttes d'urine dans un tube à essai.

Digitized by Google

S'il y a au moins 0 gr. 002 de sucre le liquide se colore soit en vert plus ou moins foncé jusqu'à 0,5 0/0, et en bleu s'il y en a plus.

Pour mieux caractériser la réaction, on peut, quand le tube commence à se refroidir, ajouter une petite quantité de chloroforme qui dissout l'indigotine produite et prend une teinte violette plus ou moins intense, selon la quantité de sucre contenue dans l'urine.

Il ne faut pas trop attendre, car l'oxygène détruit la matière colorante.

L'urine traitée par l'acétate neutre de plomb en poudre rend encore la réaction plus nette, surtout lorsqu'exceptionnellement l'urine contient de l'acide sulfhydrique ou sulfureux.

Albumines diverses, peptone, acide urique, hippurique, pigments, sels, etc., n'ont pas d'action sur le réactif. Il n'y a guère d'exception que pour des substances mal déterminées, probablement la créatinine, l'acide glycuronique, mais que précipitent complètement les sels mercuriels. La présence de l'indican influe peu.

On peut obtenir une certaine approximation de la quantité de sucre de la façon suivante en se servant du compte-goutte normal. Pour obtenir la coloration violette du chloroforme, on voit qu'il faut :

Pour	0 gr. 20	par 100 cc. d'urine	18 à 19	gouttes
—	0 gr. 50	—	9	—
—	1 gr. »	—	5	—
—	5 gr. »	—	1	—

Pour les quantités élevées de glycose, il vaut mieux diluer l'urine.

Le réactif s'altère facilement, aussi vaut-il mieux ne le préparer qu'au fur et à mesure. L'adjonction d'un peu d'eau oxygénée augmente sa conservation. — H. G.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Modifications squelettiques consécutives à l'hémiplégie infantile. — M. Paul Boncour a examiné à Bicêtre un certain nombre de squelettes provenant d'individus atteints d'hémiplégie spasmodique infantile. Ces individus ont été connus et examinés pendant de longues années ; il a pu ainsi considérer les rapports qui existaient entre les diverses attitudes et les modifications du squelette et vérifier les hypothèses rattachant la forme de l'os à l'état des muscles qui s'y insèrent. Voici le résumé de ses conclusions présentées devant la *Société d'Anthropologie de Paris* (1900).

La longueur du fémur du côté paralysé n'est diminuée que si l'on considère la longueur trochantérienne, l'os étant en position. Le poids des fémurs est proportionnel à leur développement. La longueur du col fémoral correspond exactement à celle du corps de l'os. L'empreinte dite iliaque manque constamment du côté malade. La tête du fémur est plus développée et la cavité cotyloïde plus vaste sur les fémurs sains. L'angle que fait l'axe du col avec celui de la diaphyse est plus grand sur les fémurs malades. Les fémurs sains présentent tous une courbe antéro-postérieure, que ne présentent pas les fémurs malades ou qu'ils offrent très diminuée. L'inclinaison de l'axe fémoral (c'est-à dire l'angle qu'il fait avec la verticale) est plus accentuée sur les fémurs malades. Le pilastre est bien marqué sur tous les os sains, il manque ou est moins marqué sur les os pathologiques. Les deux lèvres qui constituent la ligne âpre tendent à l'écarter sur les fémurs malades. On retrouve à la partie supérieure des os sains les signes d'une supériorité musculaire. L'extrémité inférieure de la diaphyse est plus développée sur les os sains. La présence d'un troisième trochanter aussi bien sur les fémurs sains que sur les fémurs malades semble indiquer qu'il faut chercher l'origine de cette saillie autre part que dans la vigueur des muscles fessiers. Au point de vue anthropologique il a été possible d'établir pathologiquement des transitions raisonnables et nettes entre les fémurs humains et les fémurs d'anthropoïdes. — R. B.

Les lésions histologiques de l'entéro-colite muco-membraneuse. — L'anatomie et l'histologie pathologiques de la colite muqueuse sont encore mal connues ; nous n'avons qu'à revoir le rapport de M. Mannaberg au XIIIe congrès international (Paris, 1900) pour nous rendre compte de ce fait. Le nombre des autopsies est très restreint. Voici le résumé de nos connaissances. En 1887, O. Rothmann (*Verein, f. inn. Med.* Berlin 1887), communiqua une autopsie d'une entéro-colite muco-membraneuse : tout l'intestin fut trouvé normal. En 1893, Max Rothmann (*Zeitsch f. Klin., Med.*, 1893), trouva deux fois dans le colon d'abondantes masses muqueuses, étalées en membranes ou divisées en réseaux ; ces masses plongeaient par des racines dans les glandes de Lieberkühn dilatées ; sur des coupes histologiques on pouvait suivre des filaments muqueux jusqu'à l'intérieur des glandes caliciformes; celles-ci étaient augmentées de nombre. Les masses muqueuses n'enrobaient que fort peu de cellules : on sait qu'elles sont très nombreuses dans les maladies catarrhales, et il y a là une différence très nette. Entre les glandes de Lieberkühn le tissu présentait une leucocytose évidente ; par contre les couches sous-jacentes étaient absolument normales.

Le Dr Jagic a eu l'occasion d'observer et d'autop-

Digitized by Google

sier un diabétique atteint de colite muqueuse, dans le service du Dr Weigert, de Frankfort (*Wiener klin. Rundschau*). L'intestin grêle était sain; dans le colon, Jagic trouva des membranes muqueuses, non fibrineuses, adhérentes à l'intestin par des prolongements pénétrant dans les glandes de Lieberkühn dilatées; le nombre des cellules caliciformes était exagéré; quelques-unes avaient quitté le revêtement épithélial et se trouvaient isolées dans les masses muqueuses sécrétées. Le tissu interglandulaire était infiltré de leucocytes, les couches sous-muqueuses étaient normales. A quelques endroits le revêtement épithélial était arraché, sans qu'il fût possible d'affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une lésion *post mortem*.

On est frappé de l'identité de ces deux relations. Il est donc certain qu'il existe une lésion caractéristique de certaines colites muqueuses qui ne sont pas une simple variante du catarrhe intestinal banal, ni une névrose intestinale sans substratum anatomique. Les lésions semblent correspondre aux formes continues graves, et aux crises aiguës et subaiguës dysentériformes de Mathieu; la forme commune de cet auteur est peut-être dépourvue de lésion spéciale, comme le cas de O. Rothmann. — Bd.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

L'excrétion du chloroforme par les voies respiratoires. — Au moment où ont lieu les grandes discussions sur le chloroforme, les recherches de Budinger sur l'excrétion de cette substance par les voies respiratoires ne sont pas dépourvues d'intérêt. Tout le monde a entendu des malades ayant été chloroformisés se plaindre de garder pendant longtemps l'odeur et le goût du médicament dans leur nez et dans leur bouche. Budinger (*Wiener Klin. Wochenschrift*) a cherché si cette assertion reposait sur une élimination prolongée du narcotique par les muqueuses respiratoires, ou si elle était purement subjective. Il a dû employer un appareil fort simple, car on conçoit qu'un malade ayant été narcotisé ne peut pas être mis dans une cloche pneumatique. Il faisait passer pendant quelques minutes le courant d'air expiré par de l'eau froide; il y ajoutait de l'aniline et de la potasse; il se formait de l'isocyanphényle, facilement reconnaissable à son odeur. Avec cette méthode primitive il a retrouvé du chloroforme pendant 20 à 98 heures (soit plus de quatre jours) dans l'air expiré par les malades... La durée d'élimination n'était pas en rapport avec la durée de la narcose. Les sécrétions muqueuses du nez, du pharynx et des bronches semblaient conserver très longtemps le narcotique, et au point de vue pratique, il serait désirable d'en débarrasser les malades par tous les moyens possibles. — Bd.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La peste et la fièvre jaune. — M. Proust. Les rats transmettent la peste, les moustiques la fièvre jaune. Ce dernier point a été amplement démontré par les travaux de la Commission américaine. Débarrassons-nous donc des rats et des moustiques. On désinfectera les navires avant le déchargement et l'on se garantira du mieux contre les piqûres des moustiques. Telles sont les précautions primordiales à prendre.

M. Roux. — On ne connaît pas encore le microbe de la fièvre jaune; on sait seulement qu'il est excessivement petit, puisqu'il passe à travers les filtres.

Le microbe de la dysenterie épidémique. — M. Chantemesse. Le microbe décrit en 1888 par MM. Chantemesse et Widal comme agent pathogène de la dysenterie a été depuis retrouvé par de nombreux auteurs. Sa spécificité est hors de doute. C'est un micro-organisme qui tient le milieu entre le coli-bacille et le bacille typhique. Des hommes soumis à l'ingestion du bacille ont contracté la dysenterie.

Elections. — Quatre élections ont eu lieu en cours de séance.

MM. Kossel, de Heidelberg, et Guareschi, de Turin, ont été nommés correspondants étrangers, par 47 et 44 voix.

MM. Denizès (de Bordeaux) et Carles (de Bordeaux) ont été élus correspondants nationaux (4e division), par 38 et 36 voix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Déformation hippocratique des doigts à prédominance unilatérale. — M. A Béclère. La déformation hippocratique des doigts est dans la règle une lésion symétrique qui atteint également les deux mains. M. Béclère signale chez deux malades cette déformation unilatérale à la suite de troubles de la circulation veineuse du côté correspondant (chez l'un, compression de la veine sous-clavière droite; chez le second, compression du tronc veineux brachio-céphalique droite). Il pense, en conséquence, que la déformation hippocratique des doigts reconnaît pour raison habituelle, dans les affections de l'appareil respiratoire, une cause mécanique liée au rétrécissement ou à l'oblitération d'un certain nombre des branches de division de l'artère pulmonaire.

Les angines diphtériques malignes observées en 1901 et 1902. — M. A. Marfan La malignité des angines observées tient à une association microbienne, à une septicémie diplococcique qui vient compliquer la diphtérie. C'est ce qui explique l'action incomplète du sérum antidiphtérique

Digitized by Google

en pareil cas. Ce remède annihile les effets du bacille de Loeffler, il est sans action sur les ravages causés par les microbes associés. M. Marfan a injecté dans ces angines malignes des doses considérables de sérum, jusqu'à 160 centimètres cubes en 5 ou 6 jours; ces doses n'ont pas empêché les accidents mortels de se produire. En dépit de cette action plutôt précaire, M. Marfan reste persuadé qu'il faut, dans ces cas graves injecter des doses élevées de sérum : 40 centimètres cubes le premier jour; 30 ou 20 centimètres cubes le second jour et 10 centimètres cubes le troisième et quelquefois le quatrième. L'injection de sérum doit être aussi précoce que possible ; il faut, sauf dans un très petit nombre de cas, ne pas attendre, pour la décider, de connaître le résultat de l'examen bactériologique.

L'intoxication saturnine résultant du grattage des moules à glace artificielle. — MM. L. Renon et E. Géraudel. Homme de 54 ans, troubles saturnins à la suite du nettoyage qu'il opérait à l'aide de grattoirs en acier trempé, des moules servant à la fabrication de la glace artificielle.

Les pleurésies biliaires. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet. La pleurésie peut se rencontrer dans toutes les modalités de l'infection biliaire (ictère catarrhal simple ou prolongé, angiocholécystites aiguës suppuratives, lithiase biliaire, etc.). La pleurésie siège à droite ou à gauche, mais plus souvent à droite. Les auteurs pensent à une propagation directe de l'infection du foie à la plèvre droite ou gauche par les voies lymphatiques. La tuberculose semble n'intervenir qu'exceptionnellement.

Les infections secondaires au cours des méningites cérébro-spinales. — M. E. Sacquepée. Le méningocoque est seul en cause au début, dans trois observations de l'auteur, puis surviennent des agents d'infection secondaire (coli-bacilles, staphylo-bacilles). Cette seconde phase se traduit par des accidents méningés compliqués d'intoxication générale.

Le dicrotisme dans les fièvres typhoïdes. — MM. Oddo et Audibert. Le dicrotisme dans la fièvre typhoïde est la résultante de l'influence combinée de l'éréthisme cardiaque, de l'affaiblissement de la contractilité artérielle et de l'hypotension vasculaire,

Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale. — MM. Widal et Lemierre. Chez deux malades atteints de paralysie générale, dont le liquide était lymphocytique, les auteurs ont vu, au moment de l'ictus, une polynucléose remplacer la lymphocytose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fistule ombilico-vésicale. — Les parents du jeune malade virent persister, dès la naissance et peu après la chute du cordon, un gros bourgeon charnu, et il se fit un écoulement de liquide clair que l'odeur fit reconnaître pour de l'urine. Le suintement se produisait par intermittences avec des intervalles de 4 ou 5 jours. M. Pauchet (d'Amiens) examine cet enfant alors âgé de 5 ans. Il constate qu'il n'y a pas de malformations de l'urèthre ni du fond de la vessie, que l'ombilic, reposant sur une sorte de noyau dur contenu dans l'épaisseur de la paroi abdominale, laisse sourdre 80 grammes d'urine en 24 heures, et n'admet un crin de Florence que sur 3 à 4 centimètres de profondeur. L'opération consiste à faire une incision médiane sous-ombilicale descendant jusqu'à 2 centimètres du pubis, et pénétrant jusqu'au péritoine qui n'est pas ouvert. Une ligature au catgut fut jetée sur l'insertion vésicale du canal à la vessie, l'ouraque enlevé, le petit moignon enfoui sous une suture en bourse. La pièce enlevée et fendue présentait une cavité et ressemblait à une vessie petite et rétractée, avec des parois épaisses fibreuses, et une muqueuse soulevée en un grand nombre de plis. Guérison.

Les agrafes de Michel en chirurgie abdominale. — M. Chaput considère les agrafes de Michel très mauvaises pour la vessie où elles facilitent la formation des calculs, mais utiles à employer dans les sutures de l'estomac, de l'intestin, du péritoine. Il a employé ces agrafes dans différentes opérations : myomectomies abdominales, appendicectomies, hystérectomies, ovariotomies, gastro entérostomies, entéro anastomose iléo-colique gauche. Il présente les pièces d'une malade opérée de gastro-entérostomie avec sutures au moyen de 30 à 40 agrafes; la malade est morte de cachexie 6 mois plus tard; il ne reste plus que 8 agrafes, ce qui prouve que 20 au moins se sont éliminées sans accidents. M. Chaput insiste sur l'économie de temps que l'on peut ainsi obtenir : là où les sutures demandent une 1/2 heure, on peut faire le même travail en 5 à 10 minutes; les agrafes étant métalliques et lisses, ne favorisent pas l'infection comme les soies ; elles ne se résorbent pas trop vite comme le catgut; elles ne nécessitent pas comme les fils des trous beaucoup trop larges pour leur diamètre ; elles entrent à frottement dur dans les tissus, et ne laissent aucun pertuis autour d'elles; leur forme arrondie les rend inoffensives pour l'intestin lorsqu'elles tombent dans sa lumière.

Cal vicieux du fémur. Ostéotomie. — Un homme atteint de fracture de la partie moyenne du fémur, 2 ans auparavant, présente à son entrée à l'hôpital Necker un raccourcissement de 11 centimètres. Le cal est mis à nu, le pont osseux réunissant les 2 fragments est sectionné de façon à entamer chacun des 2 fragments en biseau se correspondant. Un fil d'argent autour des 2 fragments les réunit. M. Hennequin plaça son appareil, et le malade supporta des tractions continues à 9 kilogrammes. La plaie a suppuré sans que le malade ait eu de la température. Six mois après il marche, le raccourcissement n'est plus que de 1 centimètre.

Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage. — Une fillette de 29 mois avant une pièce d'argent

Digitized by Google

de 1 franc. Les symptômes immédiats sont quelques accès de toux et de suffocation rapidement calmés. Les déglutitions restèrent douloureuses pendant une huitaine de jours, puis l'enfant recommença à avaler assez facilement des aliments liquides ou des purées; les petits morceaux de viande étaient rejetés par vomissement aussitôt après avoir été déglutis. Un mois après, la radiographie montre la pièce placée dans le plan frontal à la hauteur de la 2e dorsale. Une tentative d'extraction au panier de Graefe ayant été inutile, M. Poirier fait l'œsophagotomie externe. Opération très simple; par la boutonnière œsophagienne une pince courbe a saisi et retiré du premier coup la pièce d'argent. Réunion par 3 points de catgut. Drain laissé 24 heures dans la partie inférieure de la plaie cervicale. Suites normales.

Epithélioma utérin, adénite para-cervicale bilatérale. — M. Poirier présente un utérus atteint d'épithélioma du col avec, de chaque côté, un ganglion qui paraît dégénéré (l'examen histologique prononcera) ; il est situé à 2 centimètres 1/2 environ du bord utérin, un peu au dessous de l'isthme, le long du pédicule des vaisseaux utérins. Ces ganglions ont été trouvés au cours d'une hystérectomie abdominale, après ligature des artères utérines, en palpant le pédicule vasculaire qui venait d'être lié. Au préalable, le pédicule utéro-ovarien avait été lié, et l'on avait vérifié que les ganglions de la chaîne iliaque où vont les lymphatiques du corps de l'utérus n'étaient point dégénérés. Une conclusion à tirer de cette pièce est la condamnation de l'hystérectomie vaginale dans les cas de néoplasme du col.

Cicatrisation dans les myomectomies. — M. Tuffier a pratiqué récemment l'hystérectomie abdominale pour cancer utérin chez une femme sur laquelle il avait déjà pratiqué, il y a 10 mois, l'énucléation d'un fibrôme de 1 kilogramme par voie abdominale. La cicatrice utérine résultant de la première intervention est à peine visible; il reste une induration fibreuse et jaunâtre comme cicatrice à la place du gros fibrôme enlevé. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le Centenaire de Bichat. — Le Centenaire de Bichat a été célébré le 22 juillet, sur l'initiative de la Société d'Histoire de la Médecine. M. le Pr R. Blanchard, président, et M. Albert Prieur, secrétaire général, ont organisé le programme. Le matin, cérémonie au Père-Lachaise; l'après-midi, apposition d'une plaque commémorative, séance à la Faculté. De nombreux discours ont été prononcés.

Il y aurait beaucoup de choses à dire sur Bichat. Tout en se montrant professeur brillant et coordinateur habile des notions acquises, il jouit de cette fortune qu'il doit en partie à une mort prématurée, d'avoir créé sur son nom une gloire posthume qui, pour méritée qu'elle soit, ne aisse pas, aux yeux de l'historien impartial, de paraître un peu vaste pour le mérite qu'elle renferme. Bichat est venu au bon moment; il a amplifié les idées, a repris les recherches antérieures d'un grand homme, bien supérieur à lui, tout en étant moins répandu : Bordeu. C'est Bordeu qui s'est montré le précurseur, l'investigateur original. Ce sont les recherches sur le tissu muqueux de Bordeu qui ont inspiré l'anatomie générale de Bichat.

Dans la solennité présente, il n'était guère possible de mêler la critique à l'éloge. L'hommage a été unanime, sans restrictions, et MM. Blanchard, Tillaux, Poirier, Gley, Prieur ont trouvé, pour caractériser l'homme et son œuvre, des termes appropriés et nobles. — K S.

BIBLIOGRAPHIE

Les dilatations de l'estomac, par Maurice Soupault, médecin des Hôpitaux de Paris. — Un vol. Actualités médicales. Prix 1 fr. 50 (J.-B. Baillière).

La dilatation de l'estomac, dit M. Soupault, est déchue du haut rang auquel elle avait été élevée par les travaux du Pr Bouchard. Le fait est qu'on a rarement vu une entité morbide édifiée avec un tel fracas s'écrouler si lamentablement. M. Mathieu, dans la dernière édition du *Traité de médecine*, la raye même de la nomenclature des affections gastriques. Le petit livre de M. Soupault écrit dans un excellent esprit critique se laisse lire aisément et le traitement y est exposé avec soin.

Manuel d'histologie pathologique par les Prs Cornil et Ranvier avec la collaboration de MM. Brault et Letulle, 3e édit., entièrement refondue. T. deuxième. 1 fort vol. gr. in-8° avec 202 gravures en noir et en couleurs dans le texte : 25 fr.

Dans ce deuxième volume auquel feront encore suite deux autres, sont étudiés les muscles (Durante), le sang et l'hématopoèse (Jolly), la moelle osseuse (Dominici), le système nerveux central (Gombault et Philippe). Les chapitres sont de premier ordre et rédigés par des savants qui avaient apporté une contribution personnelle à l'étude du sujet qui leur était confié. A noter particulièrement la partie de l'ouvrage qui a trait à la moelle osseuse et dont l'auteur est M. Dominici.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinonaturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

PARIS. — IMP. CHARLES CLAMER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. Widal

L'épilepsie parasyphilitique.

On peut distinguer deux sortes d'épilepsies syphilitiques : la première, l'épilepsie syphilitique partielle, est directement dépendante de la maladie vénérienne. Elle est liée, en général, à la production d'une lésion gommeuse dans les circonvolutions motrices. La seconde, l'épilepsie parasyphilitique, est moins connue. M. Widal l'a étudiée dans une de ses conférences à l'hôpital Cochin. Rien ne distingue cette épilepsie parasyphilitique du mal comitial vulgaire ; la crise est la même ; chute, perte de connaissance, convulsions généralisées se rencontrent comme dans le haut mal. Ce qui diffère ce sont les antécédents : l'épilepsie ordinaire naît à l'occasion d'une secousse nerveuse violente qui se montre d'ordinaire avant 20 ans (maladies infectieuses, émotions vives, traumatismes) ; l'épilepsie parasyphilitique apparaît après une syphilis, c'est-à-dire à tout âge. La syphilis en pareil cas se dénonce comme agent provocateur. Une autre distinction, mais celle-ci, bien moins accusée, se tire des effets du traitement. L'épilepsie ordinaire se trouve bien des bromures ; l'épilepsie parasyphilitique, à côté des bromures, réclame les agents antisyphilitiques. Cette dernière médication ne laisse pas toutefois d'être assez aléatoire dans ses résultats. On sait qne M. le Pr Fournier admet ce trait caractéristique des affections parasyphilitiques de ne pas être modifiées par le traitement. Prenons un autre trouble nerveux qui éclôt après la syphilis : la neurasthénie parasyphilitique et la céphalée que celle-ci entraîne. Vous aurez beau donner des mercuriaux à ces malades, leur céphalée sourde continue, opiniâtre, qui fait cortège à d'autres manifestations d'épuisement (dyspepsies, lassitude, état psychique), résistera à toutes les médications spécifiques. La céphalée syphilitique vraie, au contraire, celle qui est gravative, à exacerbations nocturnes, guérira rapidement avec le traitement spécifique. Il en est de même de l'épilepsie parasyphilitique. Elle ne sera que peu influencée par le traitement mercuriel, alors que l'épilepsie syphilitique vraie, c'est-à-dire partielle, se trouvera très rapidement amendée par lui.

Bien des choses intéressantes sont à dire sur les affections parasyphilitiques. Ainsi le tabes et la paralysie générale ont avec la syphilis des rapports que personne ne met plus en doute. Depuis les belles recherches de M. le Pr Fournier, on admet que 90 % environ des tabes suivent la syphilis et pour expliquer les 10 cas sur 100 qui semblent échapper à cette origine, il faut se rappeler que sur 100 syphilitiques, on en retrouve toujours un certain nombre dont la maladie demeure ignorée dans sa cause, soit qu'elle se manifeste par une syphilis à signes très atténués et qui échappent au malade, soit qu'elle relève directement d'une hérédo-syphilis. M. Fournier range les tabes et la paralysie générale dans les affections parasyphilitiques ; il estime que la syphilis ne les crée pas directement, mais qu'elle est leur cause occasionnelle. M. Widal ne partage pas cette opinion. Pour lui le tabes et la paralysie générale sont deux maladies nettement syphilitiques, la syphilis les détermine directement. Les résultats négatifs du traitement sur leur évolution ne vont nullement à l'encontre de cette assertion. D'ailleurs ces effets ne sont pas toujours aussi négatifs qu'on le pense. On a rapporté des cas de tabes incipient améliorés par la médication spécifique. Le traitement ioduré-mercuriel, s'il n'améliore pas, peut même sans doute dans nombre de cas immobiliser le tabes et l'empêcher de progresser. C'est pour cette raison peut-être, comme l'a soutenu récemment M. Marie, que les grands ataxiques s'observent beaucoup plus rarement qu'autrefois. Le traitement spécifique administré souvent chez les tabétiques depuis que l'on connaît les rapports de leur maladie avec la syphilis, les laisserait tabétiques et les empêcherait de verser dans l'ataxie. Si, dans nombre de cas, le malade semble ne tirer aucun avantage du traitement, il faut savoir qu'en dépit des signes parfois atténués qu'il présente, l'anatomie pathologique se trouve chez lui en avance sur la clinique ; la sclérose des cordons postérieurs qui est plus tard révélée à l'autopsie ne s'était pas traduite d'abord par les signes ordinaires. On voit certaines amauroses tabétiques : rien n'indique leur nature ; il faut un jour l'examen de la moelle pour montrer une sclérose des cordons postérieurs que nul trouble ne dénonçait pendant la vie. Or contre la sclérose constituée le mercure ne peut rien.

M. Widal émet à ce propos des idées fort ingénieuses. Dans les lésions syphilitiques, il en distingue de deux ordres : celles qui sont dues au microbe, celles qui sont déterminées par les toxines. La gomme syphilitique serait, par exemple, une lésion microbienne. Bien que le germe pathogène de la syphilis ne soit pas isolé, il existe à coup sûr : de par l'anatomie pathologique son existence est démontrée. Le syphilome ne ressemble-t-il pas au granulome par la présence, dans son sein, de cellules géantes ? Or, on sait que ces cellules géantes sont une réaction de défense de l'organisme contre les agents infectieux. Elles sont constituées par des phénomènes phagocytaires, l'apparition de globules blancs mononucléaires qui font cercle et couronne autour des

Digitized by Google

agents infectieux ; ces mononucléaires sont les éléments de défense les plus énergiques ; voilà pourquoi ce sont eux, de préférence aux globules blancs polynucléaires, qui sont désignés pour le combat. La présence de cellules géantes, dans une production néoplasique, indique un agent microbien; puisque ces cellules géantes se retrouvent dans le syphilome, le microbe spécifique ne doit pas être loin. On ne l'a pas découvert encore; mais il est certain qu'on le trouvera un jour. Seulement ce n'est pas vers toutes les lésions qu'il le faudra chercher.

Les lésions du tabes ne doivent pas être produites par lui. Ces lésions, plutôt qu'au microbe, semblent dues aux toxines du microbe encore ignoré de la syphilis. Le systématisation des lésions plaide en faveur de cette origine. C'est le trait des poisons de s'attaquer à des systèmes nettement définis. La toxine tétanique s'en prend aux grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, l'atropine à quelques cellules bulbaires qui commandent l'innervation de certains muscles moteurs de l'œil. Rien d'étonnant si la toxine syphilitique choisit les cordons postérieurs de la moelle. Inutile en pareil cas de s'attarder à la piste de cellules géantes ; elles n'existent pas. On les trouve dans le syphilome, lésion microbienne, non dans la sclérose des cordons postérieurs, lésion toxique.

Ces vues, M. Widal est loin de les considérer comme des vérités démontrées. De simples conjectures les inspirent. Seulement. en science, le savant qui n'émet pas de conjectures n'avance pas; ce sont les hypothèses qui ouvrent la voie. A l'expérimentateur d'apporter ensuite la vérification.

Le malade qui a fait la leçon de M. Widal, est un homme de 36 ans. Les vertiges suivis de chutes se sont produits pour la première fois il y a quinze jours ; ils se sont ensuite répétés jusqu'a 1 à 2 fois par jour. Ces chutes accompagnaient une perte de connaissance totale, mais il n'existait ni morsures de la langue, ni ecchymoses sur le corps comme dans la grande attaque d'épilepsie. Règle générale, il convient de se méfier de ces épilepsies survenant si tard. Le malade est âgé de 36 ans, or l'épilepsie, dite essentielle, est rare après la vingtième année. Dans ces conditions il faut penser soit à l'alcoolisme, soit à la syphilis comme agents étiologiques. Ici c'est bien la syphilis qui est à incriminer. Il y a 6 ans, le malade a eu un chancre suivi d'une roséole et le traitement n'a pas été continué avec persévérance.

Seulement son épilepsie n'est pas une épilepsie partielle ou jacksonienne, symptomatique d'une lésion gommeuse, méningée ou cérébrale, c'est de l'épilepsie généralisée. de l'épilepsie névrose, de l'épilepsie parasyphilitique. La syphilis en secouant le système nerveux sans y produire de lésions matérielles a été l'agent provocateur de cette épilepsie. Sans le branle-bas causé dans son organisme par la vérole le malade aurait traversé la vie sans réaliser sa prédisposition à la névrose. Nous portons en nous bien des tares qui n'attendent qu'une occasion pour se manifester.

Le diagnostic est venu confirmer ce que nous avait appris l'allure de la crise et son évolution. au point de vue du cyto-diagnostic. Le liquide céphalo-rachidien n'a pas montré d'éléments figurés alors que dans toutes les lésions organiques du système nerveux dépendant de la syphilis, voire même dans la céphalée syphilitique vraie, on retrouve de nombreux lymphocytes dans le liquide. Ils font complètement défaut ici. Voilà donc une nouvelle application du cyto-diagnostic, qui nous fournit un nouveau symptôme pour reconnaître l'épilepsie par méningite syphilitique de l'épilepsie parasyphilitique.

Comme traitement, on usera donc du bromure. 5, 6, 7 grammes par jour, puis on redescendra au bout d'une semaine à 5 gr., pour remonter la semaine suivante et en ayant l'œil aux accidents possibles de bromisme (dilatation pupillaire, éruptions cutanées). Plus tard, on usera du traitement antisyphilitique.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement et guérison de deux cas de sciatique par rééducation

par le Dr Paul-Emile Lévy
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Dans un article récent, publié ici même (1), je formulais les conclusions suivantes que je résume très brièvement : si l'on cherche à serrer de plus près qu'on ne le fait communément le sens du mot nervosisme on voit qu'il n'en est pas de plus malaisé à définir et à délimiter. En ce qui concerne en particulier le symptôme douleur, il y a lieu de s'élever contre la tendance habituelle à opposer nettement les douleurs dites nerveuses aux douleurs dites organiques : 1° En l'absence de toute névrose, hystérie, neurasthénie, de tout symptôme de nervosisme général, en l'absence de tous les caractères de l'algie elle-même nous servant à cataloguer celle-ci comme nerveuse, on peut observer et on observe souvent des douleurs dites nerveuses, c'est-à-dire, suivant la signification qu'on a coutume d'attacher à ce mot, à point de départ périphérique ou psychique minime, à retentissement trop intense.

Ces nervosismes localisés, sans autre symptôme

(1) V. *Journal des Praticiens*, 1902, n° 2.

Digitized by Google

nerveux, sont infiniment plus fréquents qu'on ne le croit. 2° De même pour les douleurs liées à une lésion organique certaine, le raisonnement comme l'observation des faits s'accordent à nous montrer que la part du nervosisme, c'est-à-dire du retentissement central exagéré dans le phénomène douloureux, est, dans tous les cas, absolument impossible à délimiter. Il n'est pas de cas, en effet, où nous ne puissions nous rappeler ou concevoir, pour une lésion donnée, un sujet souffrant moins que celui qui est soumis à notre observation.

En d'autres termes, si l'on veut, dans toute algie, il y a moins *une douleur qu'un sujet qui souffre.*

Ce sujet varie à l'infini d'un cas à l'autre. Autant de sujets, autant d'impressionnabilités, et l'intensité de la douleur sera la fonction de ces impressionnabilités diverses.

Ces vues théoriques ont de hautes conséquences pratiques.

Au point de vue diagnostic, tout d'abord : le médecin a une tendance évidente, même lorsque l'existence d'une lésion ne s'impose pas aux sens, à assigner à la douleur formulée par le malade un substratum organique local. C'est l'inverse qui nous semble la vérité; en pareil cas, notre devoir est de penser premièrement à une douleur nerveuse; — pareillement, s'il y a lésion évidente, nous ne devons *jamais* lui rapporter toute la douleur observée, mais en attribuer à une impressionnabilité exagérée dans une mesure impossible à préciser — une très large part.

Et ceci, en dehors de toute nervosité appréciable chez le sujet.

En second lieu, de cette pathogénie différente ou plus complexe, doit découler une thérapeutique, elle aussi, différente et plus complexe. Les classiques nous apprennent les médications diverses, internes : opium, antipyrine, phénacétine, etc., ou externes : révulsion, réfrigération, etc., capables d'agir sur le phénomène douleur. Mais c'est n'envisager qu'un côté du problème. Telle douleur pourra être traitée par tous les médicaments possibles et résister à tous, parce qu'elle relève en réalité d'une impressionnabilité particulière du malade. Elle cèdera, au contraire, parfois, le plus aisément du monde, si, analysant les éléments de cette impressionnabilité, on en déduit une thérapeutique rationnelle, tenant compte de ces éléments, et s'adressant, ainsi, moins au symptôme douleur qu'au sujet souffrant.

Ces opinions que je professais dans l'article indiqué, l'observation suivante, recueillie depuis qu'il fut écrit, me paraît venir à point pour les justifier de la façon la plus nette, et en donner en même temps un développement plus pratique. Je ferai suivre cette observation d'une autre tout à fait analogue, plus ancienne, que je rapporterai plus rapidement.

Me trouvant en villégiature à....., je fus invité par le docteur....., à voir avec lui une dame originaire de Paris, et dont l'état jusque-là n'avait subi aucune amélioration. Le diagnostic qui me fut donné fut celui de sciatique. Cette dame, dès son arrivée, peut-être par l'effet du froid et de l'humidité alors existants, avait ressenti une douleur en un point qu'elle me désigna, correspondant bien à l'origine du nerf sciatique. Pendant quinze jours elle avait continué d'aller et venir espérant toujours, malgré une difficulté croissante de la marche, que cette douleur finirait par se passer d'elle-même. Cependant la douleur s'était progressivement irradiée dans la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, en sorte que la malade avait dû s'arrêter et consulter.

Depuis lors, — trois semaines, — elle était restée couchée et ne paraissait guère pouvoir se lever. Elle avait pris des calmants divers, extrait thébaïque, antipyrine, on lui avait appliqué des révulsifs, iode, vésicatoire. Rien n'y avait fait. Au contraire, le mal n'avait fait qu'empirer.

Je procédai à l'interrogatoire et à l'examen local. Le diagnostic, en pareil cas, me paraît comprendre plusieurs points intéressants qu'il était nécessaire d'élucider, pour se faire de l'affection soumise à notre observation une idée bien exacte et bien complète.

Tout d'abord, s'agissait-il bien d'une sciatique ? En d'autres termes, la douleur tenait-elle à une lésion réelle du nerf, ou au contraire, était-ce une algie à cause périphérique insignifiante, — telle qu'une sensation de froid ressentie pendant un temps plus ou moins prolongé, — ou extra-nerveuse, — rhumatisme musculaire, — retenue et amplifiée par un système nerveux particulièrement impressionnable. Il n'existait pas de signe de névrose, mais j'ai déjà dit que cela ne signifie nullement que l'hypothèse d'une algie nerveuse soit, de ce fait même, inadmissible.

Le professeur Bernheim (de Nancy), a attiré avec raison l'attention sur la fréquence de ces fausses sciatiques, et des erreurs de diagnostic commises à leur sujet. Chez un malade qui se plaint de douleurs plus ou moins nettement situées à la partie postérieure de la cuisse, rien n'est plus aisé pour le médecin, s'il n'y prend garde, que de localiser involontairement la douleur sur le trajet du nerf par suggestion inconsciente. Aussi, est-il bon, tout d'abord, pour éviter l'erreur, de ne pas serrer de trop près le malade dans l'interrogatoire, de le laisser parler de lui-même plutôt que de le questionner sur des points précis. Souvent alors, si l'on examine le membre, sans rien dire, sans trahir une idée préconçue, on

Digitized by Google

constate que la douleur est diffuse, qu'elle existe aussi bien sur la région antérieure, par exemple sur le *fascia lata*, sur l'os, et qu'on peut ensuite localiser *ad libitum*, par suggestion voulue, des points douloureux.

Ici, la douleur ressentie par la malade était bien localisée par elle sur le trajet du nerf. C'étaient des élancements, allant depuis l'origine de celui-ci jusqu'au bas de la jambe. En dehors de ces crises avec exacerbation, il restait dans la région, dans l'intervalle, une douleur continue.

Puis, je procédai à l'examen local, n'appliquant pas d'emblée le doigt sur le trajet du sciatique, mais le promenant progressivement sur les divers points, en prenant bien garde d'appuyer également partout, de ne pas insister plus sur un endroit que sur un autre. Je pus ainsi me rendre compte que, sur la plupart des points, la pression était bien nettement douloureuse sur le nerf lui-même.

Enfin, la flexion du membre inférieur sur le bassin déterminait formellement une douleur vive au niveau de l'échancrure. — De par ces signes il n'était guère possible de douter d'une altération du nerf.

2° On pouvait donc s'arrêter à dire : la douleur est la conséquence de la névralgie ou névrite, et ne pas aller plus loin, d'autant que le symptôme de douleur se présentait sans les caractères que nous sommes habitués à lui attribuer dans le nervosisme, à savoir : exagérations ou bizarreries dans les descriptions, irradiations plus ou moins singulières, sans rapports avec la distribution nerveuse. La douleur était bien celle que nous avons coutume de voir dans une sciatique.

En réalité, le problème est plus compliqué, et une autre question se pose dans *tous* les cas. Il reste à déterminer si la douleur déborde la lésion organique et de combien.

La théorie (1) nous dit que la question est insoluble de façon précise. L'observation clinique peut cependant nous apporter quelques probabilités, quelques renseignements intéressants.

En poursuivant méthodiquement l'exploration, je constatai que sur *nombre de points où la malade* s'attendait à souffrir, je pouvais appuyer le doigt sur toute la largeur de la zone postérieure de la cuisse, sans éveiller aucune sensibilité. Cette constatation n'alla pas, du reste, sans susciter un certain air d'étonnement, et comme de défiance, sur la physionomie de la malade, surprise de ne pas retrouver la douleur qu'elle m'avait décrite comme très vive. Les malades craignent toujours de voir traiter leurs maux de nerveux ou d'imaginaires. Il en sera ainsi tant que leur éducation — et la nôtre — ne sera pas faite à voir dans toute douleur nerveuse une douleur liée, elle aussi, sinon à une altération, du moins à une modification organique certaine, à comprendre aussi qu'une douleur dite imaginaire est souvent aussi forte, sinon plus, qu'une douleur dite réelle, de même que les terreurs imaginaires, celles du rêve par exemple, ont souvent une intensité à laquelle les autres n'atteignent jamais.

Il y avait donc là un indice me permettant de présumer que dans la douleur ressentie tout n'était pas attribuable à la lésion du nerf. Un signe d'appoint, c'étaient encore les changements dans les localisations de la douleur à tel ou tel moment de la journée ; celles-ci avaient existé d'abord le jour, pour se manifester maintenant surtout pendant la nuit.

Enfin, c'étaient certains éléments moraux qui vont être indiqués.

3° Il y a toujours lieu, en effet, et c'est là le troisième point de notre diagnostic, d'apprécier la *qualité* de l'impressionnabilité particulière au sujet observé.

Or il était aisé de relever certaines manifestations émotives, l'ennui exprimé assez vivement de se voir ainsi séquestrée depuis trois semaines, les appréhensions formulées au sujet de son état, la crainte d'être retenue pour longtemps encore, voir même la pensée lointaine des conséquences ultérieures, ou d'une persistance fixe de la sciatique.

On le voit, tout cela est bien banal, et il est à peine besoin de dire qu'il n'est guère de cas où l'on ne retrouverait quelques modifications de ce genre. C'est ce qui nous aiderait encore à comprendre, s'il en était besoin, qu'il est à peu près impossible de concevoir un fait où la douleur soit pure, nous voulons dire, exactement superposée à la lésion. Seulement dans le cas présent, tous ces phénomènes, étant assez accentués, nous montraient un système nerveux assez malaisé à capter ; car toute crainte, toute émotion dépressive, germe de neurasthénie, constitue un obstacle plus ou moins grand pour le traitement suivant son intensité même.

D'après toutes ces données soigneusement étudiées, on peut se faire une première conception aussi exacte et complète que possible, à la fois physique et psychique, et présumer déjà dans une large mesure sa façon de réagir. Ces présomptions devront se compléter et se préciser par les examens suivants. Enfin et surtout, le traitement lui-même, s'il est conduit suivant ces mêmes idées, servira de pierre de touche, permettra de reconnaître plus ou moins rapidement les résistances et les voies d'accès.

Le traitement, à mon sens, indiqué dans ses lignes générales, doit toujours comprendre deux stades successifs. Il est nécessaire, bien évidemment, d'arriver d'abord à obtenir une atténuation de la douleur. Cette première période, que l'on considère seule

(1) Voir l'article indiqué.

Digitized by Google

généralement, ne doit, en réalité, être qu'un stade préparatoire. Quelque paradoxal que cela puisse paraître, à première vue, il faut bien être prévenu qu'il est souvent inutile, et parfois dangereux de la prolonger trop longtemps. Donc, aussitôt que possible, et le choix du moment sera souvent affaire de doigté assez délicate, il conviendra d'en venir au second stade d'*entraînement*, application sur ce point particulier des principes clairement formulés par Bernheim dans leur portée très générale.

Donc, en premier lieu, atténuer la douleur? Mais d'abord, qu'est-ce que la douleur? Ici encore on fait besogne incomplète si on ne la considère pas suivant un double point de vue, à la fois physique (ou mieux physiologique) et psychique.

Au point de vue physiologique voici ce que nous connaissons : un point de départ périphérique, ici, altération d'un nerf, une transmission par le tronc nerveux, puis par les centres, jusqu'à certaines cellules cérébrales. Enfin, altération ou modification de ces cellules, — dont la modalité d'ailleurs, échappe et échappera longtemps encore à nos moyens d'investigation.

Au point de vue psychologique, le point d'aboutissement seul nous est perceptible : c'est le phénomène de conscience. Il est vrai que celui-ci est l'essentiel : il est proprement la douleur.

En plus, ce phénomène essentiel est susceptible, lui, d'être analysé et décomposé. Ce que nous savons du caractère du sujet, c'est à dire de sa façon de réagir générale nous permet, dans une mesure assez large, de présumer sa façon de réagir, son impressionnabilité sur un point spécial. D'autre part, les idées, les phénomènes émotifs qui se superposent à la douleur : craintes, ennuis, préoccupations, exprimés ou vaguement ressentis par le malade, ne sont pas, à vrai dire, des éléments greffés sur un phénomène principal ; ils augmentent directement l'intensité de celui-ci ; pour dire exactement notre pensée, ils en font partie intégrante. Rien ne sépare, en réalité, la douleur morale de la douleur physique (1). Agir sur les phénomènes moraux, sur le « retentissement moral » de la douleur physique, c'est restreindre le champ de celle-ci. Et l'on comprend encore que si la présence d'éléments émotifs de nature dépressive est une aggravation directe de la douleur, donner confiance au malade n'est pas seulement, comme on se l'imagine habituellement, avoir une action réconfortante vague, c'est diminuer directement l'élément douleur.

Il convient d'associer et de confronter toujours cette double conception à la fois physiologique et psychique, et la thérapeutique qui en découle doit naturellement, elle aussi, viser conjointement ces deux éléments. (*A Suivre*)

(1) Entre la douleur physique et la douleur morale il y a une *identité* foncière; elles ne diffèrent l'une de l'autre que par le point de départ : la première étant liée à une sensation, la seconde à une forme quelconque de représentation, image ou idée..... La distinction entre la douleur physique et la douleur morale a une valeur pratique, non scientifique. (Ribot, *Psychologie des sentiments*).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Ce qu'il faut penser de l'usage des acides dans les pyrexies

par M. le Dr Liégeois.
Correspondant national de l'Académie de Médecine.

Les médecins des vieux âges donnaient le nom vague de putridité à la corruption des humeurs dans les fièvres continues ; ils rattachaient à la putridité les manifestations cérébro-spinales ataxiques et adynamiques des pyrexies, ainsi que la faiblesse et la mollesse du pouls qu'ils avaient parfaitement observée et décrite, encore les hémorragies nasales et celles des muqueuses viscérales et de la peau. Sus à la putridité ! voilà le cri de guerre des humoristes des temps antiques mis en face des fièvres graves.

Le remède auquel ils avaient toute confiance était l'esprit de vitriol, l'acide sulfurique — un acide minéral. L'acide nitrique comptait moins de partisans. Non seulement, d'après eux, l'acide sulfurique prévient ou neutralise la putridité (Huxam prétendait qu'il conserve au sang sa texture) ; non seulement, d'après eux, il agit comme « antiseptique » (Stoll a prononcé le mot), mais aussi — c'est J. Frank qui parle — il augmente le ton des vaisseaux, et, pour emprunter le langage de Selle, de Pinel, il ranime les forces vitales. Stoll disait qu'il modère la violence de la fièvre. Son usage, selon J. Frank, ne serait contre-indiqué que par une affection de poitrine, des douleurs d'estomac et d'intestins, ainsi que par la diarrhée.

Sydenham, dans la variole, additionnait d'acide sulfurique jusqu'à agréable acidité sa « petite bière houblonnée » ; il administrait cette préparation à partir du cinquième ou du sixième jour, convaincu qu'elle empêche, dans l'immense majorité des cas, le varioleux d'être marqué. Huxam y avait recours immédiatement après l'éruption « afin de procurer une espèce de maturation » ; il mêlait l'esprit de vitriol jusqu'à acidité suffisante soit avec du « bon vin rouge » qu'il considérait comme le cordial astringent le meilleur et le plus naturel, soit avec sa teinture alexi-pharmaque de quinquina. Dans les fièvres malignes ataxiques, Schwilgué préconisa l'addition d'acide sulfurique à la décoction de quinquina concassé. L'acide sulfurique de ces praticiens était l'acide « étendu »,

Digitized by Google

à peu de chose près notre acide sulfurique « dilué » à 1/10 du Codex. L'élixir acide de Haller avait également leurs faveurs ainsi que le complexe élixir vitriolique de Mynsicht.

Des beaux succès annoncés que faut-il retenir ? Pas grand'chose.

On aurait prouvé que l'alcalinité du sang, plus marquée chez les typhoïdiques, les paludiques, les scarlatineux et varioleux, qu'à l'état normal, est abaissée de 38 à 35 pour 100 après l'ingestion d'acide sulfurique. Soit ! mais on n'a pas prouvé qu'après cette ingestion la température fébrile subit une rémission. Et même les expériences concluant à un abaissement par l'acide sulfurique de la température de l'air expiré et de la peau chez l'homme sain ont été contredites par d'autres semblables. L'ataxie, l'adynamie ne sont pas davantage impressionnées favorablement ; le pouls était mou, dépressible, il reste tel. Si les hémorragies cutanées contre lesquelles Haller — surtout dans la variole — préconisa son fameux élixir, étaient plus communes autrefois qu'aujourd'hui malgré l'emploi des acides, c'est que de nos jours nous instituons de bonne heure la médication tonique sans saignées préalables et que nous nourrissons avec du lait les malades privés à cette époque de toute boisson alimentaire. Et je crois que si l'esprit de nitre dulcifié, cet alcoolé d'un autre acide minéral, l'acide azotique, a eu, lui aussi, ses fervents dans les fièvres et dans les pneumonies adynamiques, il le doit surtout à la potion alcoolique à laquelle on l'adjoint pour masquer sa détestable saveur.

L'acide phosphorique médicinal, à 1,45 de densité, nous a fait l'effet d'un excellent sthénique contre l'adynamie infectieuse, susceptible de réveiller, d'exciter le peu de forces de l'économie défaillante, de ressusciter les énergies vitales presque anéanties. Kobert était en parfaite santé, et non en fièvre, quand il a vu sa température baisser d'un demi-degré après avoir pris 10 grammes d'acide phosphorique anhydre; nous n'avons donc aucune preuve de l'action antithermique du médicament chez les fébricitants. Coze conseillait, dans les fièvres graves (délectable mélange) 20 gouttes d'acide phosphorique médicinal dans un litre de lait caillé. On peut aller à 2 et même 3 et 5 grammes. Voici une limonade à recommander : acide phosphorique 2 gr., eau 875 gr., sirop de framboises 125 gr. L'acide phosphorique, à la même dose, fait bon ménage avec une potion alcoolique ou à l'extrait de quinquina rouge de Vrij : il ne fatigue pas l'estomac, il est d'une saveur agréable, mais Soulier n'oserait en prolonger indéfiniment l'emploi « puisqu'il semble capable de produire à la fin les mêmes altérations parenchymateuses que le phosphore » ; je préférerais dire : parce que, dans les pyrexies, les reins sont souvent en mauvais état et que leur fonction dialysante est altérée.

La voilà donc singulièrement compromise la vieille légende qui faisait des acides minéraux des antiputrides et des modérateurs de la fièvre — des tempérants, comme on l'écrivait. Il est plus exact d'écrire : des modérateurs de la soif fébrile, des désaltérants. Soulier pense que l'eau est seule capable de l'effet de désaltération : l'acide, très étendu, ne serait qu'un correctif agréable de l'insapidité de l'eau, et si une solution alcaline ne désaltère pas, c'est que l'alcalin, étant d'un goût désagréable, « provoque une sécrétion de salive pour le diluer le plus possible, donc détermine un mouvement d'exosmose alors que l'organisme demande un mouvement d'endosmose ». Toujours est-il que le fébricitant répugne aux boissons alcalines, soupire après les boissons acidules. Et il préfère — parce que son estomac les supporte mieux et plus longtemps et qu'elles agacent moins ses dents, sa bouche et sa gorge — les acides végétaux aux acides minéraux.

Huxam, qui ne tarit pas d'éloges sur le suc de limon, exprimait le fruit dans du « bon vin rouge ». Les sucs acides du citron, de l'orange, de la grenade, des framboises, des mûres, des groseilles, des fruits de l'airelle, des baies d'épine-vinette étaient mêlés par J. Frank avec l'eau fraîche de fontaine ; le même auteur insiste sur l'utilité de l'acide tartrique. L'acide citrique lui était inconnu. Actuellement les limonades tartrique ou citrique sont à la mode.

Avec trois litres au moins par jour de ces boissons acidules, sans qu'on restreigne la quantité de lait, on obtiendra, outre la diminution de sécheresse de la bouche, l'élimination par les urines des toxines fébriles ; l'augmentation de la sécrétion urinaire n'est pas que le résultat de la surcharge de la circulation « par l'eau qui force la soupape rénale », elle est aussi la conséquence de l'action sur le rein des sels alcalins en lesquels les acides végétaux se transforment dans le sang.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Le chloroforme et le rein

Par le Dr Jean Camescasse (de Saint-Arnoult)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Dans le n° 15 de ce journal, M. le Pr Renaut décrit une lésion de l'*épithélium en brosse* des tubes contournés du rein, lésion observée constamment au laboratoire après la mort par le chloroforme.

M. Renaut n'établit point, au moins dans l'article cité, que cette lésion n'est pas tout simplement un processus terminal, exclusivement terminal. Autrement dit, il reste à vérifier si on observerait une

Digitized by Google

telle lésion après une chloroformisation, prolongée ou non, suivie de mort pour autre cause (par exemple, suivie de mort par piqûre bulbaire).

Mais, même en l'absence de cette vérification, qui paraît indispensable, il nous semble permis d'utiliser cet enseignement du laboratoire pour l'explication de certains faits cliniques d'observation fréquente ; aussi bien encore il est permis de montrer, dès maintenant, les points par lesquels l'observation clinique n'est point d'accord, paraît n'être pas d'accord avec les prémisses expérimentales.

1° Sur le premier point, la lésion rénale chloroformique paraît devoir expliquer clairement certains accidents post-chloroformiques observés chez des artério-scléreux qui étaient, avant la chloroformisation, à la limite des accidents méiopragiques.

En particulier je connais quelques décès, dans les quatre ou cinq jours qui suivirent l'intervention, chez des femmes qui avaient doublé depuis peu, ou qui allaient doubler le cap de la ménopause.

Une fois, notamment, après ablation d'un cancer du sein faite avec toutes les garanties possibles, la patiente est entrée rapidement dans un état de toxémie aiguë, à marche bizarre, sans albuminurie, mais avec quasi-anurie. Cet état s'est terminé par la mort dans le coma.

Une autre fois, après l'ablation d'un utérus, ablation motivée par la présence de fibrômes en voie de dégénérescence caséeuse, la patiente fut prise brusquement (à la 48e heure) d'une douleur vive dans la jambe ; en quelques instants, sous nos yeux, se produisit la mort du membre par oblitération de la fémorale ; décès trois heures après. — Nous avions noté, ici encore, une quasi-anurie post-opératoire.

Sans insister autrement, nous dirons qu'à la suite de ces faits nous avons été vivement frappé par cette idée que de tels accidents étaient dus au mécanisme toxémie. Cette considération nous a conduit récemment, à plusieurs reprises, à prescrire, dans les jours qui précèdent l'intervention chez les sujets menacés de méiopragies fonctionnelles ou matérielles, la diète hydrique de préférence à la diète lactée. Diète hydrique intermittente le plus souvent.

Il est peu probant de dire, après quatre ou cinq essais, que cette conduite nous a donné de bons résultats ; les accidents précités sont rares, d'observation difficile dans les cas moyens (crise de toxémie passagère suivie de guérison) aussi bien que dans les cas graves. Le symptôme albuminurie n'est déterminant ni par sa présence, ni par son absence ; il est mal commode de distinguer ce qui est de l'insuffisance rénale, de ce qui est du choc, de ce qui est de l'usage de tel ou tel médicament dangereux (morphine, peu ; sulfonal, trional, très suspects).

Il est bon toutefois de se rappeler que la lésion destructive décrite par M. Renaut est vraisemblablement précédée d'une période d'intoxication cellulaire pendant laquelle la fonction de l'épithélium est troublée, sans que le mal aille jusqu'à la mortification de cet élément noble.

2° Comme contre-partie à ce qui précède, il faut signaler immédiatement le désaccord entre le récent enseignement expérimental et l'observation clinique en ce qui est de la tolérance extraordinaire des femmes en couches et des éclamptiques pour le chloroforme.

Nous avons proposé naguère cette hypothèse que « la cause déterminante de l'accouchement était la « toxémie maternelle ». « Au moment où, par suite « du développement progressif du fœtus, les émonc- « toires maternels sont débordés, la saturation toxi- « nique met en jeu le muscle utérin. » Ce n'est point le lieu d'insister autrement que pour justifier le rapprochement fait plus haut de la femme en couches (toxémie gravidique à type normal) et de l'éclamptique (toxémie gravidique à type anormal).

Quoi qu'il en soit, il nous est arrivé de donner pendant très longtemps du chloroforme à des femmes en couches, sans observer d'accident ; on peut dire que, même si la patiente a bu ou mangé récemment, elle ne vomira pas ou presque pas, et c'est bien là un signe de la bénignité du chloroforme dans ce cas.

Mais il y a plus. La pratique du médecin de campagne comporte des difficultés spéciales, entr'autres celles qui résultent de son isolement et des longs délais nécessaires pour voir arriver le secours d'un confrère. C'est dans ces circonstances que nous avons maintenu *pendant trois heures et plus* sous le chloroforme une éclamptique à accès subintrants que la saignée n'avait point suffisamments calmée et cela en attendant qu'une main amie vînt faire la version libératrice.

Sans que la chose ait duré aussi longtemps il nous est arrivé souvent de donner du chloroforme à des éclamptiques, *toujours après la saignée*, et nous nous sommes toujours bien trouvé de cette manière de faire.

Nous avons observé l'existence d'une albuminurie ultérieure, même la persistance du coma pendant plusieurs heures, mais pas plus fréquemment que dans les cas où nous avions pu faire l'accouchement sans avoir recours au chloroforme.

Et il semble, *a priori*, qu'il y ait contradiction entre la lésion rénale élective due au chloroforme et cette impunité clinique à la chloroformisation de femmes dont le rein est antérieurement lésé matériellement ou *fonctionnellement* (1).

(1) Fonctionnellement : Troubles matériels mais de nature chimique seulement et non visibles dans l'état actuel de la science.

Digitized by Google

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

Les baccalauréats

Tous les progrès tentés dans ces vingt dernières années à l'effet d'exhausser le niveau des études secondaires n'ont porté que des fruits douteux. La réforme actuelle offre-t-elle chance d'un résultat plus avantageux ? On sait en quoi elle consiste. Il y aura dorénavant quatre baccalauréats à la fin de l'enseignement secondaire classique ; le latin-grec, le latin-langues vivantes, le latin-sciences, les sciences-langues vivantes. Ces quatre diplômes confèreront-ils des droits égaux à l'inscription dans les facultés de médecine ? Non, avait protesté M. J. Fabre. La médecine est une carrière qui exige un bagage d'humanités considérable ; il y faut de l'instruction et des vues larges. Les études littéraires développent les facultés imaginatives ; elles sont de première nécessité chez le médecin. En tant que savant, l'imagination ouvre dans son esprit les perspectives étendues, lui suggère les hypothèses fécondes dont la vérification fera avancer la science ; en tant que praticien, l'imagination lui permettra d'embrasser l'ensemble des rouages biologiques, de démêler les rapports des fonctions troublées, de dresser les plans respectifs des symptômes, d'appliquer les thérapeutiques efficaces.

Les sciences ne jouissent pas d'une vertu comparable à celle des lettres ; elles ne stimulent pas d'un coup de fouet les qualités imaginatives ; elles favorisent surtout les facultés de déduction. Elles apprennent à raisonner. C'est quelque chose : ce n'est pas suffisant. Un médecin exclusivement raisonneur dit bien des sottises ; il ne deviendra intéressant qu'autant que son raisonnement parte de vues élevées et nettes et celles-là, l'imagination, doublée de réflexion, permettra seule d'y atteindre.

Supprimer le latin des études préalables à la médecine, c'est se priver d'un des meilleurs moyens éducateurs. C'est aussi mettre le médecin en état d'infériorité manifeste. Toute la médecine de nos pères est écrite en latin ; elle restera fermée à nos confrères de demain. La tradition sera rompue non pas seulement des connaissances, mais encore de la race. Nous descendons des Latins. C'est condamner les générations qui nous suivent à ignorer leurs origines, à méconnaître les aptitudes et les tendances qui venant de leurs pères leur ont été léguées à travers les âges. Le niveau de l'instruction n'était pas assez bas, on a éprouvé le besoin de l'abaisser un peu davantage en rejetant la proposition de M. J. Fabre. Cela est fort curieux. Les officiers de santé sont supprimés ; on ne veut plus d'infériorités au point de vue médical, on les rétablit dans les études qui ouvrent l'accès de la médecine. Et cette constatation n'est qu'une entrée en matière. L'illogisme se poursuit si on compare cette réforme du baccalauréat à l'unification des temps du service militaire.

Un baccalauréat est requis à l'entrée de la médecine. Il sera donc le même pour tous, puisque le principe d'égalité est censé inspirer les décisions de nos délibérants peut y avoir qu'un programme de baccalauréat, de qu'il n'existe qu'une période de service militaire égal tous. Il n'y a pas deux manières d'accomplir son sous les drapeaux. Chacun fera ses deux ans. J'y co Il est cependant une ombre au tableau, j'entend contradiction assez piquante. En même temps qu législateurs votent l'égalité dans le service militai acceptent l'inégalité dans les baccalauréats. Un s militaire unique, des baccalauréats multiples. Je sa dans cette question de baccalauréats, nos gouvernan fait entrer en jeu les goûts et les aptitudes de chacu préfère les sciences, l'autre les lettres Il est juste accorde droit à ces différences de tempérament pourquoi cette faveur s'arrête-t-elle aux programm baccalauréat ? Elle n'a pas jusqu'aujourd'hui pénét dispositions de la loi militaire. On ne demande pa conscrit : « Que préférez-vous, la vie de bureau service actif ? »

La conclusion de cette interprétation fantaisiste q hommes politiques font du terme « Egalité », n'abou seulement, en ce qui nous concerne, à une diminu la valeur intellectuelle des praticiens ; elle en aug aussi sensiblement le nombre. O l'intelligente sé des assemblées parlementaires pour les intérêts du médical et de la société elle-même ! Il y aura plus de cins et ils vaudront moins. Cela s'appelle s'inspi grands principes de l'évolution et du progrès.

N. D. L. R. — M. Brouardel et M. Alfred Fo (*Revue Scientif.*, 29 mars 1902) avaient déjà préal conclu dans le même sens que notre collaborateur. L médical se crée non par habitude de déduction et de développement logique, mais par répétition de raisons successives, accumulées chaque jour pen années. C'est cette faculté d'observer et de donner des impressions diverses, multiples, étrangères à n de sentir, curieuses, qui se développe et se trouve moyennant un entraînement prolongé d'études li préalables, portant sur des formes de civilisation d et nous initiant à la connaissance des langues an

RENSEIGNEMENTS CLINIQUE

Artériosclérose du pancréas. — L'artériosclér créas vient d'être étudiée par Hoppe-Seyler (*73, Vers Naturf. u. Aerzte in Hamburg*). Il a constaté une dim volume de l'organe ; sa consistance est plus ferme. La artères est épaisse, leur lumière est diminuée ou ob tissu graisseux et les travées conjonctives sont plus ab parenchyme glandulaire est plus rare. Le tout rappelle l reux atrophique.

Cliniquement la sclérose pancréatique se traduit par surie ; au début elle est légère, peu à peu l'intolérance hydrates de carbone s'accentue, mais la diarrhée im permet pas un régime sévère. La fin est souvent marq coma diabétique, à moins qu'une maladie intercurrente n moment fatal. — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Darier

Le traitement de l'herpès circiné et du pityriasis versicolor

L'herpès circiné et le pityriasis versicolor sont deux affections parasitaires de la peau, dues la première à un tricophyton, la seconde au microsporon furfur. L'herpès circiné se traduit par la production d'anneaux à centre déprimé et squameux et à bordure vésiculeuse et croûteuse. C'est une affection très contagieuse. Le pityriasis versicolor au contraire est peu contagieux. Chacun connait les taches et nappes jaunâtres — couleur café au lait — par quoi il recouvre le tronc et le dos et la desquamation épithéliale détachée d'un coup d'ongle qui le distingue.

La teinture d'iode est l'agent parasiticide qui vient le plus vite à bout de l'herpès circiné. On badigeonne celui-ci 3 jours de suite avec de la teinture d'iode. A partir du 4e jour, on fait des frictions quotidiennes avec la pommade suivante :

Vaseline	30 grammes
Acide salicylique	1 —

Le huitième jour un nouveau badigeonnage est pratiqué à la teinture d'iode. Le malade est guéri. Avant d'instituer le traitement, on hésite parfois pour le diagnostic. Cela est rare. Si l'aspect circonférentiel complet de l'herpès circiné ne le distingue pas suffisamment de certains psoriasis, de certaines syphylides circinées chez lesquels le cercle circonférentiel n'est qu'à moitié tracé, on recourra à l'examen microscopique. M. Darier conseille d'éclaircir les cellules cornées à l'aide d'une goutte d'acide formique; du coup le parasite et son mycelium deviennent apparents.

Quant au pityriasis versicolor, il guérit très vite, mais réapparaît avec une ténacité désespérante pendant des années.

On pratiquera des frictions quotidiennes avec le mélange suivant :

Savon noir.....	40 grammes
Soufre	10 —

Ces frictions seront faites de 1 à 2 heures avant un bain tiède qui suivra. On les continuera pendant le bain. Au bout de quelques jours les taches ont disparu. On les empêchera de reparaître à l'aide de grands soins de propreté (lavages, lotions à l'eau de Cologne). Le sublimé et la liqueur de Van Swieten rendront également des services et devront être utilisés de temps à autre en lotions. Si les taches reparaissent on recommencera les frictions au savon soufré.

HYGIÈNE

L'épuration de l'eau potable en campagne. — L'épuration de l'eau potable en campagne est un des problèmes qui intéressent le plus la santé des troupes. L'ébullition n'est point pratique; le soldat a soif; avant de boire, il doit attendre que l'eau ait bouilli et quand elle aura bouilli, elle sera chaude, lourde, peu engageante. M. Vaillard vient de consacrer un travail intéressant à la solution de cette difficulté (*Arch. de Méd. et Pharm.milit.*, juillet). Si l'ébullition ne peut guère être employée, la filtration serait-elle d'application plus aisée? Ce n'est pas compter ici avec le débit naturellement minime des filtres, ni avec les soins nécessaires de l'outillage. Comment obtenir la propreté de filtres? En temps de paix, la surveillance est déjà difficile; que sera-ce en temps de guerre? D'ailleurs les filtres ne fonctionnent que sous pression; il faut encore les pourvoir d'une pompe. L'expérience du filtre Chamberland a été faite, du reste, pendant la campagne du Dahomey; les rapports médicaux en ont signalé la parfaite inutilité. Les bougies étaient sales, encrassées, insuffisantes de nombre. Le Dr Barthélemy appartenait à un corps qui possédait 3 filtres à 15 bougies pour 261 européens; or c'est un filtre de 15 bougies pour 20 hommes qu'il eût fallu, soit quatre fois plus. Dans l'expédition de Chine ont été utilisés les filtres Berkefeld en terre poreuse; ils ne donnèrent pas de meilleurs résultats. Les filtres des troupes italiennes furent si rapidement endommagés que presque dès le début de la campagne, on fut obligé de recourir à la purification par le brome.

Les filtres en cellulose ont été employés dans le Sud Algérien. La porcelaine de cellulose, dit M. Vaillard, est une bonne matière filtrante qui se rapproche très sensiblement de la porcelaine proprement dite, sans en avoir la fragilité. On l'obtient de la manière suivante; des fibrilles de lin ou de chanvre, très fines et très courtes, sont délayées dans une grande quantité d'eau, puis abandonnées à la sédimentation; elles se déposent alors sous la forme d'un gâteau qui devient dur et imperméable par la dessiccation. Cette imperméabilité ne permettrait pas la filtration; pour la corriger, on délaie dans l'eau, en même temps que les fibrilles, de la poudre de terre très fine, qui en se mélangeant à la cellulose, ménage dans la pâte durcie des pores réguliers. Les plaques de cellulose ainsi faites constituent l'élément essentiel du filtre Grandjean, de l'Eden-filtre, du filtre Pottevin. Ces appareils filtrent aussi bien que la bougie Chamber-

Digitized by Google

land, mais ils en ont le faible débit et s'encrassent très vite ; de plus ils ne peuvent fonctionner que sous pression. C'est dire qu'ils sont à peu près inutilisables en campagne.

Les divers filtres à base d'amiante ou en charbon aggloméré seraient supérieurs à certains égards ; ils se distinguent par leur débit abondant, la simplicité de leur mode d'emploi et d'entretien. Tels les filtres Berger, Maignien, Buhring, Buron. Mais ces appareils n'ont d'un filtre que le nom. Ce sont des clarificateurs excellents, rien de plus. Tous les germes les traversent sans difficultés. Il faut donc recourir à d'autres méthodes.

La *purification par les agents chimiques* s'impose.

Le permanganate de potasse, à la dose de 2 à 4 centigr. par litre est un purificateur excellent, il détruit les bactéries à la condition d'agir pendant 30 à 40 minutes sur une eau préalablement débarrassée des particules terreuses par filtration grossière. Mais la difficulté réside dans l'élimination du permanganate en excès. L'addition recommandée de certaines substances organiques (café, réglisse, quinquina, sucre, etc.), est insuffisante et d'application difficile. La filtration sur du noir animal ou du charbon de bois en poudre est une méthode utilisable, mais peu pratique, parce qu'on n'aura que rarement sous la main ces corps réducteurs.

Le filtre Lapeyrière construit pour l'emploi du permanganate de potasse réclame une clarification préalable, l'action de l'antiseptique pendant une demi-heure en moyenne, et une nouvelle filtration sur tourbe; 20 litres pourront être débités à l'heure. C'est bien long. D'ailleurs le filtre exige des nettoyages fréquents, et il est compliqué d'accessoires de caoutchouc qui peuvent s'altérer, se déchirer, se perdre. Ces inconvénients n'en font pas un appareil commode.

Le procédé autrichien use de l'épuration par le chlorure de chaux. L'eau, si elle est trouble, est d'abord clarifiée, puis traitée par le chlorure de chaux (8 milligr. de chlore libre par litre), le chlore en excès est éliminé par l'addition d'hyposulfite de soude. Le procédé serait assez bon si l'agent purificateur était stable ; mais le chlorure de chaux s'altère très vite, perd de sa teneur en chlore, devient déliquescent à l'humidité. Il faut chercher autre chose.

Le brome à la dose de 0,06 par litre est un purificateur précieux. Il tue certainement les bactéries pathogènes. Son élimination de l'eau épurée est rendue facile et certaine par l'addition d'hyposulfite de soude ; presque immédiatement, la couleur, le goût et l'odeur du brome disparaissent. L'eau conserve sa limpidité première et sa saveur naturelle. La proportion infinitésimale de bromure de sodium introduite dans l'eau est négligeable et sans influence présumable sur la santé. Enfin, le procédé d'épuration est rapide, il suffit de 15 à 20 minutes. Malheureusement certaines difficultés pratiques se montrent. Le brome est peu maniable, la purification doit donc être faite à l'aide d'une solution bromo-bromurée préparée à l'avance, bien titrée et incluse en tubes scellés à la lampe, lesquels ne seront ouverts qu'au moment précis de l'emploi. Tout cela est bien compliqué.

Au lieu de brome, on peut encore user d'iode (à la dose de 50, ou mieux de 75 milligrammes par litre, il stérilise complètement l'eau de Seine) ; comme le brome en excès, il est aisément éliminé par une faible proportion d'hyposulfite de soude. Il fallait donc trouver une préparation d'iode à l'état solide, facilement transportable, inaltérable, maniable par l'homme de troupe, et telle, que chacun puisse sans risque et sans erreur, introduire dans un volume d'eau déterminé un poids fixe de métalloïde en nature, c'est-à-dire à son maximum d'activité. M. le Pr Georges a résolu le problème de la façon suivante : l'iodate de soude, mis en présence de l'acide tartrique, donne immédiatement de l'iode libre. Il a donc préparé des comprimés : 1° d'iodure de potassium et d'iodate de soude (1) ; 2° d'acide tartrique (2) ; 3° des pastilles d'hyposulfite de soude (3).

La dissolution d'un comprimé ioduré et d'un comprimé d'acide produit exactement 0,06 d'iode libre, dose suffisante pour purifier un litre d'eau. Si dans l'eau qui reste chargée d'iode, on introduit ensuite une pastille d'hyposulfite, tout l'iode disparaît, transformé qu'il est en iodure de sodium. Le procédé est simple, rapide, efficace, peu dispendieux, sans danger. M. Vaillard estime qu'il mérite la plus grande considération et devrait être mis en expérience dans les corps de troupe opérant en Algérie et dans les Alpes afin qu'on pût l'apprécier à l'œuvre et bien déterminer les conditions pratiques de son emploi. Un filtre serait en plus mis à la disposition de chaque escouade qui permît de clarifier les eaux troubles avant de les stériliser chimiquement.

---

(1) Comprimés d'iodure de potassium et d'iodate de soude :

Iodure de potassium.....	10 grammes
Iodate de soude sec.....	1 gr. 56
Bleu de méthylène.....	q. s. p. colorer

Pour 100 comprimés.

(2) Comprimés d'acide tartrique :

Acide tartrique.....	10 grammes
Sulfo-fuchsine.....	q. s. p. colorer

P. 100 comprimés.

(3) Pastilles d'hyposulfite de soude :

Hyposulfite de soude.....	11 gr. 60

Couler en 100 pastilles.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Des frissons dans la fièvre typhoïde. — L'attention des cliniciens a été appelée depuis quelques années sur l'existence de frissons très violents, soit au cours normal de la fièvre typhoïde, soit à l'occasion de ses plus sérieuses complications. Dans les pays à malaria, l'apparition de ces frissons avec élévation et chute brusque de la température pendant une fièvre typhoïde faisait toujours penser à la coexistence des deux maladies chez le même individu. La typho-malaria a donné lieu autrefois à de longues discussions. La question semble définitivement tranchée surtout depuis la récente guerre hispano-américaine, car on a trouvé dans le sang de soldats revenant des Philippines, et présentant tous les signes cliniques de la dothiénentérie avec séro réaction de Widal positive, des parasites de la malaria en très grand nombre. Ceux-ci disparaissaient par l'administration de la quinine alors que la séro-réaction persistait.

Le cas suivant observé par M. W. Ford. au Johns Hopkins Hospital (*Montreal Medical Journal*, juillet 1901), et dont nous donnons un résumé aussi fidèle que possible, est particulièrement intéressant en ce sens qu'en présence des symptômes combinés on songea à une coexistence de fièvre typhoïde et de malaria, qu'au cours de la maladie toutes les recherches faites pour mettre en évidence les parasites de Laveran furent vaines, et que l'autopsie permit de constater les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Daniel Ryan, âgé de 40 ans, peintre, entre à Johns Hopkins Hospital le 5 mars, pour troubles digestifs et courbature violente.

Dès son entrée le malade a une température de 39°, facies typhoïdique des plus nets, langue sale, teinte subictérique des conjonctives, quelques râles aux bases des deux poumons. Rien au cœur, le pouls est plein, légèrement dicrote. L'abdomen est souple, le foie normal, la rate n'est pas perceptible, pas de taches rosées.

La température s'élève rapidement ce jour-là à 40°6, et on observe alors le premier grand frisson. Toujours dans la même poussée la température retombe à 39°5, pour aller s'élever ensuite à 40°5. A ce moment le malade est pris d'une crise de sueurs profuses, et la température descend graduellement à 38°5. Pendant la nuit la température est irrégulière, et va de 39° à 37°5 et même à 36°4. Le malade très fatigué n'a cessé de transpirer abondamment.

Dans l'après-midi du second jour le malade eut un très violent frisson qui dura près d'une heure ; la température s'éleva en quatre heures de 36°4 à 39°3, puis 40°1. A ce moment nouveau frisson, et de même qu'on l'avait remarqué le premier, jour chacun de ces frissons est suivi d'une sueur profuse.

Des prises de sang sont faites dès le jour de l'entrée, avant, pendant et après les violents frissons. Les leucocytes sont au nombre de 7.300 le 5 mars, et de 7.500 le 6 mars. Le 7, on note une augmentation considérable des leucocytes polynucléaires. L'examen au point de vue des parasites de la malaria fut constamment négatif. La séro-réaction de Widal est positive et se maintiendra telle pendant toute la durée de la maladie.

Le cinquième jour nouveau frisson, élévation brusque de la température de 36°7 à 38°8, puis 39°4; se maintient à ce degré une partie de la nuit pour retomber à 36°, une chute de plus de 3 degrés en 14 heures. La même sueur profuse et le même sentiment de malaise profond accompagnent ce frisson.

Pendant quelques jours l'état du malade ne se modifia guère, on n'observa cependant pas de frissons, ni de sueurs. Les urines se troublèrent, on y trouva de l'albumine et du pus qui, ensemencé, donna des cultures pures de bacilles d'Eberth. L'administration d'urotropine fit diminuer le nombre des bacilles qui ne disparurent jamais complètement.

L'examen du sang pendant toute cette période fut très intéressant. Bien que des prises fussent faites, de jour et de nuit, avant, pendant et après les frissons, jamais on ne put découvrir les hématozoaires de Laveran, contrairement à ce que les frissons, la marche de la température et le séjour du malade dans les pays à malaria auraient pu faire supposer. Une leucocytose très marquée s'élevant de 8.000 à 17 et 18.000 et plus, accompagnait chaque frisson. En outre, quelques jours avant la mort, on découvrit des bacilles typhiques en très grand nombre dans le sang.

Le 20 mars la teinte subictérique est plus prononcée, le foie est augmenté de volume, la rate est grosse et sensible. Le malade meurt le 25. Pendant les vingt jours de son séjour à l'hôpital on observa, toujours dans les conditions décrites plus haut, *dix* très violents frissons accompagnés chaque fois d'une élévation, puis d'une chute rapide de la température, de sueurs profuses et d'une sensation de malaise profond.

L'autopsie démontra la présence d'ulcérations intestinales typiques, en voie de cicatrisation et limitées à la région iléo-cœcale.

En terminant, M. W. Ford rappelle que Johnston de Washington, a cité des cas de fièvre typhoïde où des frissons furent observés au début et dans le cours de la maladie

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'ablation sous-périostée de l'humérus comparée à la désarticulation de l'épaule. — Il semble qu'aujourd'hui, avec l'antisepsie, la chirurgie tende de plus en plus à devenir *économe*. Il en est ainsi pour la désarticulation de l'épaule dont les indications se restreignent quand il ne s'agit pas d'une affection maligne du membre supérieur qui, elle, indique toujours la plus large exérèse. D'une part, dans les traumatismes importants du bras on temporise le plus possible : on extrait les esquilles, on suture les nerfs et les muscles, on ligature les vaisseaux, on nettoie et on draine largement la plaie, laissant à la nature le soin de s'amputer elle-même des parties définitivement compromises, certains que nous sommes qu'elle le fera le plus parcimonieusement possible et avec beaucoup moins de déchets que si le couteau intervenait d'emblée. D'autre part, dans les ostéomyélites étendues qui détruisent la plus grande partie ou même la totalité du squelette du bras, on hésite devant le sacrifice d'un avant-bras entièrement sain, puisque les vaisseaux et les nerfs qui s'y rendent ne subissent pas d'altération notable dans leur passage au bras.

Etant donné ce dernier cas (ostéomyélite étendue de l'humérus), il importe avant toutes choses de supprimer l'infection en allant directement au foyer du mal, et en faisant sauter toutes les parties osseuses atteintes. La clinique peut renseigner sur l'étendue probable des lésions, mais c'est souvent seulement au cours de l'opération que le chirurgien verra jusqu'où vont les lésions, et jugera de l'importance de l'exérèse. Ordinairement l'os n'est pas atteint en son entier, ou ne le semble pas à l'œil nu ; il est tout naturel que l'on laisse le plus possible d'os réputé sain, ce faible reliquat osseux pouvant rester comme point d'amorce pour une régénération osseuse, et présentant les plus grands avantages au point de vue des mouvements, s'il s'agit d'une épiphyse ou d'une simple surface articulaire, au point de vue de la charpente s'il s'agit d'une partie de la diaphyse. Cette considération d'un humérus représenté même par un misérable segment d'os, l'espoir d'une néoformation osseuse dans la gaine périostale soigneusement conservée, plaident donc ici avec éloquence en faveur d'une résection sous-périostée *partielle* et même subtotale de l'humérus et contre la radicale désarticulation de l'épaule.

Allons encore plus loin, et demandons-nous quelle conduite nous devons tenir en face d'une ostéomyélite totale qui entraîne la perte de l'humérus en entier, et comparons à cet effet la désarticulation de l'épaule et l'ablation *totale* de l'humérus avec conservation du bras, au triple point de vue : 1° de la facilité opératoire ; 2° de la gravité opératoire; 3° du résultat fonctionnel définitif.

1° *Facilité opératoire.* — Inutile d'insister sur les différents temps de la désarticulation de l'épaule qui comporte une incision systématique de la peau et des muscles, de façon à obtenir un moignon convenablement doublé, une hémostase complète et rigoureuse aidée par la main expérimentée de l'aide qui rétracte les lambeaux et pince l'axillaire, l'adduction et la rotation en dedans, puis en dehors, du bras, obtenues par un second aide. Le procédé opératoire de l'ablation totale sous périostée de l'humérus est moins connu. C'est le procédé du tunnel d'Ollier. On aborde l'os par 2 incisions : l'une supérieure, celle de la résection scapulo-humérale, suivant le bord intéro-antérieur du deltoïde en ménageant ce muscle et le grand pectoral ; l'autre inférieure, celle de la résection du coude entre le long supinateur et la portion externe du triceps.

Après incision du périoste, on dénude l'os en haut, on dénude l'os en bas. « On retire ainsi sur le « cadavre la totalité de l'humérus de sa gaine périos- « tique sans lui laisser adhérer un lambeau de pé- « rioste et en conservant tous les rapports des mus- « cles du bras. L'os est aussi net que s'il avait été « dépouillé par macération de ses parties molles. » Il n'y a lésion d'aucun vaisseau, nerf ou muscle. Ce simple exposé montre la facilité d'une opération atypique sous un étui périostique qui protège les organes du voisinage, comparée aux différents temps d'une opération réglée dans laquelle on coupe muscles, vaisseaux, nerfs, ligaments;

2° *La gravité opératoire* se déduit tout naturellement des conclusions précédentes. On ne peut comparer au point de vue du shock l'amputation du membre supérieur avec l'ablation presque exsangue de l'humérus;

3° *Le résultat fonctionnel définitif* après la désarticulation se traduit par le port d'un appareil artificiel esthétique, plus ou moins gênant, plus ou moins coûteux, qui se mobilise par les mouvements de l'épaule et au moyen de la main de l'autre côté. Quant à l'ablation totale de l'humérus il faut distinguer les cas sans régénération osseuse des cas avec régénération. Dans les cas sans régénération (dont le type nous est fourni par le malade de Polaillon), il y a un moignon de l'épaule en épaulette, la cavité glénoïde fait saillie sous la peau ; ascension de l'omoplate et scoliose correspondante, raccourcissement du bras de quelques centimètres avec conservation des saillies musculaires. Quand le malade veut mouvoir son bras, il en contracte énergiquement les muscles du bras qui forment alors une masse gonflée, sur laquelle les muscles de l'avant-bras trouvent un

Digitized by Google

point d'appui pour se contracter à leur tour. Alors, les fonctions des doigts et de la main s'accomplissent normalement et facilement. La pronation et la supination sont impossibles. Enfin, pour donner encore plus de fixité au bras point d'appui, on peut faire porter un appareil de prothèse ou utiliser des artifices plus simples, telle la serviette entourant le bras et le thorax (conseillée par Delorme). Dans les cas avec régénération les résultats sont encore plus satisfaisants.

Notre maître Duret vit, sur un garçon de 13 ans, la régénération débuter au bout de 3 semaines; après 11 mois l'humérus était tout aussi solide, à peu près régulier, à peu près aussi volumineux que celui du côté opposé. Le raccourcissement atteignait à peine 2 centimètres, l'élévation et les mouvements du bras se faisaient avec force, et l'atrophie musculaire qui existait au début s'améliora par un traitement électrique.

Nous pouvons donc conclure que l'extirpation totale de l'humérus avec conservation de l'avant-bras est une opération rationnelle, et qu'elle est supérieure à la désarticulation de l'épaule quand il n'y a pas de lésions des parties molles ou lorsque ces lésions sont minimes. Sa principale indication est l'ostéomyélite. Le procédé typique que nous avons décrit est rarement de mise, puisqu'on espère toujours que l'os entier n'est pas malade. Dans la majorité des ablations totales faites jusqu'à ce jour (voir P. Galliot, *Thèse de Paris 1902*), l'opération a été faite en 2 et même 3 reprises. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'huile d'aniline blanche. — Le professeur Kremianski et les élèves de Koch, Schill et Fischer affirment que l'aniline tue les bacilles tuberculeux. L'action est produite, soit qu'on emploie le produit en dissolution aqueuse concentrée ou même faible, ou encore sous forme de gaz, lorsque son action est prolongée. Mlle Eva Abramovitch vient de reprendre l'étude de ce composé (*Th. Montpellier*, 1901). L'aniline blanche limpide, redistillée avec soin chaque fois qu'on veut l'employer, n'offre aucun danger à condition qu'on ne dépasse pas la dose thérapeutique. C'est un produit à la fois anti thermique, analgésique, nervin. Le remède est employé en inhalations :

Huile d'aniline blanche bien redistillée..	5 cent. cubes
Eau boriquée saturée à 4 0/0.....	15 — —
Alcool. de menthe.....	2 — —

La dose d'aniline peut être augmentée et portée à 8, à 12 cent. cubes (chaque 1/2 heure de 15 à 30 inhalations). Un inhalateur ordinaire à deux tubulures peut servir à cet effet, le diamètre des tubulures devant correspondre à la lumière du larynx. L'auteur a traité 22 malades par cette méthode. Il conclut que le remède amène la disparition de la toux et de l'expectoration, l'arrêt des hémoptysies, l'exagération de l'appétit, l'augmentation de poids, parfois l'abaissement de la température. Que pensent les malades de ces promesses? Les uns sont morts, d'autres sont sortis de l'hôpital dans un piteux état, d'autres ont été améliorés réellement; ce n'est pas très brillant. Comme les phtisiques usaient d'autres médications en même temps que leurs inhalations d'aniline (cacodylate de soude, vésicatoires, etc.), il est difficile de se faire une opinion nette sur la valeur du produit. N'importe quelle médication produit des résultats similaires. Dans certains cas de tuberculose laryngée, les inhalations d'aniline pourront être employées. L'auteur recommande la solution à 12 cent. cubes pour 8 cent. cubes d'eau boriquée saturée et 2 cent. cubes d'alcoolature de menthe. La laryngite tuberculeuse est une maladie si longue et si désespérante qu'il convient d'avoir de multiples cordes à son arc. A cet égard, les inhalations d'aniline prenant leur place entre les diverses médications usitées, rendront service.

De l'emploi de la trinitrine comme antispasmodique. — Dans l'hypertension vasculaire et pour lutter contre le spasme des artères périphérique la trinitrine est, on le sait, un des médicaments les plus souvent employés. H. E. Randall a fait de la trinitrine un usage plus général et il insiste vivement sur les excellents résultats qu'il en aurait obtenus comme antispasmodique dans l'hystéro-épilepsie, l'éclampsie puerpérale, l'asthme spasmodique, les coliques hépatiques et néphrétiques, voire le tétanos. Dans les crises hystériques longues, les mains et les pieds sont froids, le médicament ferait merveille. Les doses habituellement administrées étaient d'un demi-milligramme ou d'un milligramme répétées cinq minutes après si cela était nécessaire.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Des bains dans les suites de couches. — Il ne s'agit pas seulement du traitement de la septicémie puerpérale. On sait que les infections septicémiques, suite de couches, se trouvent fort bien de l'emploi des bains froids. Tausky, en 1883, les avait conseillés comme moyen désespéré (*American Journal of the med. de 1883*). Fiessinger, en 1889, retira de forts bons résultats de l'usage des bains à 25°, de 10 minutes

Digitized by Google

de durée, toutes les 3 heures et tant que la température rectale atteignait 39° (*Gaz. méd. Paris*, 1889). En 1894, Chabert les recommandait d'après la pratique du Dr Vincent (de Lyon) (*Th. Lyon*, 1894). Dans les septicémies puerpérales à forme typhoïde, alors que les symptômes locaux ne sont pas trop accentués et qu'il s'agit plutôt d'infections générales que de localisations péritonéales étendues, les bains à 25° rendent d'excellents services.

Si on élève la température de l'eau et qu'on les administre à 35°, ils peuvent encore être utiles, comme adjuvants des autres médications. Mlle Clotilde Martin (*Th. Paris*, 1902), reconnaît aux bains tièdes les avantages suivants. Après l'accouchement, ils favorisent les contractions et la régression utérines, semblent, aidés des injections vaginales ou intra-utérines, hâter la disparition de l'odeur fétide des lochies; les hémorrhagies post partum seraient arrêtées par eux. Les douleurs de la montée laiteuse sont atténuées rapidement; aussitôt après le bain, la tension et le gonflement du sein diminuent, les malades se trouvent bien mieux. Sur la température l'action est insignifiante : une légère élévation de la température axillaire, un à deux dixièmes de degré, suivent l'administration du bain. Quand il y a fièvre, une diminution thermique peut faire suite à cette ascension primitive. Y a-t-il lieu de combattre une infection se traduisant par une température élevée ? Plutôt qu'aux bains tièdes, on recourra aux bains frais.

Les bains tièdes, peu employés d'ailleurs dans les suites de couches, ne donnent des résultats vraiment satisfaisants que dans les cas où il s'agit d'atténuer les douleurs de la montée laiteuse, de calmer l'excitabilité des malades et aussi de faciliter certaines excrétions — excrétion urinaire, par exemple — quand il y a dysurie. Mlle Martin considère comme contre-indications l'existence d'une suppuration cutanée ou osseuse, la présence de la cystite tuberculeuse (par crainte d'une auto-infection), la trop grande fatigue de la malade.

En règle générale, le praticien n'aura guère à s'occuper des indications. Sauf les cas d'excitation nerveuse et d'insomnies lesquelles se trouvent fort bien de l'emploi des bains à 35°, de 25 minutes de durée, il ne recourra guère à l'administration des bains tièdes. C'est toute une affaire d'installer un bain dans une chambre d'accouchée. Des moyens plus simples, des traitements locaux permettent le plus souvent d'obtenir un soulagement à moins de frais ; réserve faite pour les cas d'urgence, de septicémie grave, auxquels cas, comme nous venons de le dire, ce sont les bains frais (à 25°) qui semblent préférables.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Plaie du cœur guérie par suture. — M. Peyrot lit une observation de plaie pénétrante du cœur par balle de revolver. Une suture au catgut pratiquée à la face antérieure et postérieure au niveau de la solution de continuité, amena la guérison.

L'éruption de la Martinique. — M. Kermorgant communique un rapport sur le désastre de la Martinique. La mort des habitants de Saint-Pierre a été immédiate. L'inhalation de gaz très chauds amenant la coagulation du sang compte sans doute comme la cause active des décès.

L'hermophényl. — M. Hallopeau. Il s'agit d'un composé mercuriel : le phénol disulfate de sodium. M. Hallopeau l'a employé en injections intra-musculaires, à l'intérieur et en applications locales (4 centigr. dans les muscles. 6 à 8 centigr. à l'intérieur). La douleur des injections est insignifiante ; à l'intérieur le remède est bien toléré et ne provoque ni douleurs gastriques ni diarrhée.

Sérothérapie anti-staphylococcique. — M. Doyen préconise un sérum anti-staphylococcique. Une dose de 5 à 10 cent. cubes amène une sédation immédiate des douleurs dans le furoncle, l'anthrax ; la tumeur s'affaisse. La résolution s'opère en 2 heures ou 4 heures. Une infection puerpérale à staphylocoques aurait guéri en 24 heures; de même une phlébite de la veine ophtalmique gauche et du sinus caverneux. Le remède agirait très favorablement encore dans les angines et broncho-pneumonies à staphylocoques, l'ostéo myélite. Si les résultats annoncés par M. Doyen se confirment, sa découverte comptera comme des plus importantes.

Elections de deux correspondants nationaux. — MM. Calmette (de Lille) et Perrin (de Marseille) sont élus dans la 1re division.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Syndrome néo-dentaire avec pelade. — M. Jacquet. Dans certaines conditions l'éruption dentaire et en particulier celle de la dent de sagesse, provoque un ensemble réactionnel sensitif, vaso moteur, thermique, trophique et sécrétoire, dont la pelade est un des éléments. C'est ce que M. Jacquet a appelé syndrome néo dentaire. Il présente un jeune homme qui offre ce syndrôme : 1° zone peladique périauriculaire gauche ; 2° hyperthermie faciale gauche; 3° névralgie faciale gauche ; 4° éruption de la troisième molaire inférieure gauche.

Hémichorée chez un vieillard artério-scléreux brightique sans hémiplégie. — M. Le Gendre. Vieillard de 74 ans, suite d'une vive douleur dans l'épaule, présente une hémichorée du membre supérieur et inférieur gauche. Les muscles labiaux du côté gauche sont le siège de secousses

Digitized by Google

ılsives. La tête est immobile. L'agitation cesse pendant ·mmeil. Ce malade est en outre albuminurique et ·e des artères dures et tendues. M. Le Gendre écarte gnostic d'hémichorée post ou pré-hémiplégique ; il ıge pas davantage à une hémichorée hystérique et se ıde s'il s'agirait d'une hémichorée peut-être uré-ɜ, causée par la néphrite chronique.

ls lent permanent. — MM. Vidal et Lemierre. Il d'un malade de 68 ans atteint de pouls lent (32 à 36 ions) avec crises d'angine de poitrine. Mort brusque une syncope. L'autopsie montra une ischémie du par oblitération des artères bulbaires au niveau de rigine sur le tronc basilaire.

lite antérieure aiguë et traumatisme. — M. Fer-Soldat vigoureux. Suite d'une chute sur l'épaule. ; de myélite antérieure aiguë avec paralysie ɔphie des muscles du membre supérieur droit et ɜ. Atteints par le traumatisme, les centres trophiques laires se seraient trouvés en état de moindre résis-ı l'égard des agents infectieux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

ement de l'ectopie testiculaire. — M. Mignon ré-ıux différentes critiques qui lui ont été adressées n° 29 du journal). Il n'a employé ce procédé que ar les circonstances. S'il n'y avait pas eu recours, il serait resté que trois solutions : 1° abandonner le le à l'orifice externe du canal inguinal, au-delà la longueur du cordon vasculaire ne permettait pas faire descendre ; or l'expérience permet de cons ue les testicules rapprochés de l'orifice externe du Inguinal deviennent douloureux ; 2° refouler le tes-lans le ventre, comme l'a fait Routier, mais cela n'eût prudent pour un des malades qui avait une vagi-ɜt toute orchite d'un testicule ainsi placé, menace ɔropager au péritoine ; 3° pratiquer la castration ; dernier procédé auquel on puisse avoir recours. posant que dans une époque lointaine ces testicules, l'hui assez bien développés, diminuent progressive-ɜ volume, n'y aurait-il pas lieu de mettre cette atro-partie sur le compte de l'évolution ordinaire de ticule ectopié qui, ainsi que l'ont montré Felizet et tend de lui-même et sans causes extérieures sup-taires vers l'atrophie ?

ɔbservation d'appendicite, pratiquée par M. Gilis ntpellier), est rapportée par M. Poirier. Un jeune de 20 ans présentant depuis trois jours tous les mes d'une appendicite est opéré. En détruisant les ıces de la face postérieure du cæcum, on ouvre une on d'un pus grisâtre, sanieux, très fétide. L'opéra-poursuit pas la libération et l'extirpation de l'ap-ɜ en un foyer aussi septique par crainte d'infecter de cavité péritonéale ; il place un gros drain et des compresses derrière le cæcum et réunit partiellement la plaie. Soulagement immédiat ; la plaie n'est définitivement fermée que trois mois après l'opération. A trois reprises différentes se firent de violentes poussées appendiculaires toutes terminées par élimination spontanée ou provoquée de pus par la cicatrice. Un mois après la dernière récidive M. Gilis procède à la résection de l'appendice pendant une accalmie ; malgré un petit abcès au niveau de la cicatrice et une fistule stercorale le malade guérit définitivement. L'opérateur a fait suivre son observation de la remarque que l'appendicectomie était nettement indiquée à froid après la première récidive mais qu'il n'a pas dépendu de lui qu'elle ne fût exécutée. Le rapporteur, M. Poirier, pense que non seulement l'appendicite aiguë doit être opérée d'urgence, mais encore qu'il faut, au cours de l'opération rechercher et resequer l'appendice, ce qui est presque toujours possible, sans être arrêté par la crainte chimérique d'infecter la grande séreuse péritonéale.

Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale chez la femme. — Offre-t-on aux malades opérés des chances, sinon de cure radicale, du moins de survie prolongée qui justifient l'intervention et une de ses conséquences, la création d'un anus iliaque définitif? M. Quénu donne le résumé de six opérations pour cancers étendus, non récents, haut situés, avec adénopathie : sur ces six cas, il compta une récidive immédiate et cinq survies dont deux de quatre ans, une de trois ans et quatre mois, une de trois ans et une de 18 mois. Chez aucune de ces opérées on ne constate de récidive. En supposant que les douleurs de la dernière opérée fassent craindre un retour du mal, il reste quatre observations de survie véritablement appréciable. On peut, en effet, compter à l'actif l'observation de la malade qui a succombé à une hémorragie cérébrale et dont l'autopsie a démontré l'intégrité ganglionnaire de tout le petit bassin. M. Quénu conclut en disant que les opérations sur le rectum faites à temps comptent parmi celles qui donnent les meilleurs résultats éloignés.

Gastrostomie par le procédé de la torsion de Souligoux. — Le procédé de gastrostomie, simple, rapide et excellent, prôné par Monod et Routier, et qui consiste, après avoir fixé l'estomac à y faire le plus petit orifice possible sans suture de la muqueuse à la peau, donne de bons résultats quant à la continence de la bouche stomacale, mais a comme inconvénient, le rétrécissement rapide de l'orifice pouvant aller presqu'à l'occlusion lorsqu'on ne pratique pas régulièrement le cathétérisme ou lorsque le patient avalant plus facilement sous l'influence de la cessation de spasme que détermine assez souvent la gastrostomie et même la gastropexie, néglige de se passer la sonde. M. Schwartz a expérimenté le procédé de Souligoux rapporté par M. Reynier à la Société de chirurgie. Il opéra un homme de 75 ans atteint de rétrécissement néoplasique de l'œsophage et fit opérer par Souligoux lui-même un homme

Digitized by Google

de 50 ans atteint de rétrécissement néoplasique de l'œsophage. Ses conclusions sont que le procédé de Souligoux est un bon procédé dans tous les cas où l'on devra établir une fistule permanente, mais qu'il a comme inconvénients la difficulté à trouver et à inciser la muqueuse. Pour se résumer, M. Schwartz dit que le procédé de Souligoux est un bon procédé parce qu'il donne la continence et qu'il assure la permanence de la fistule, mais il restera probablement fidèle au procédé ancien parce qu'il est plus simple et aussi bon. — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

MM. Huchard et Albert Robin ont adressé à M. Ducastel, président de la Société médicale des hôpitaux, la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Nous avons eu l'honneur de vous écrire, il y a une quinzaine de jours, deux lettres. Nous vous demandions de vouloir bien procéder à une enquête sur les faits qui ont motivé, au dernier concours de médecine des hôpitaux, les démissions de MM. Albert Robin et Landrieux. L'un des signataires d'une des lettres à vous parvenues, M. le Dr Huchard, avait dû se retirer pour raisons de santé. Il a déclaré que s'il avait pu continuer le concours, les motifs invoqués pour la démission de ses collègues auraient déterminé la sienne.

Aucune suite n'ayant été donnée à nos réclamations, nous vous prions de bien vouloir nous honorer d'une réponse. Celle-ci est nécessaire. La Société médicale des hôpitaux doit connaître les faits et irrégularités du passé, si elle veut réaliser une réforme du concours utile pour l'avenir.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de nos sentiments distingués. — H. Huchard, Albert Robin.

Le service militaire de 2 ans. — Un de nos lecteurs, M. le Dr Guérin (de Verdun), nous formule son avis à ce sujet. Il pense qu'une année de service militaire en plus comportera un avantage immédiat : de réduire le nombre des étudiants et de diminuer par suite l'encombrement professionnel. Cette thèse est fort défendable. Notre collaborateur de la « Vie Médicale », dans l'article visé par notre confrère, avait simplement émis l'idée que, puisqu'il s'agissait d'augmenter les entraves à l'entrée de la carrière, une année d'études en plus à la Faculté aurait peut être chance d'aboutir au résultat désiré. Ce dernier projet eût introduit une valeur plus haute dans l'instruction professionnelle, ce que n'amènera certainement pas cette prolongation du service militaire, et peut-être le zèle des candidats à la médecine eût-il été refroidi tout de même devant ce barrage d'examens nouveaux, comme en semble témoigner le nombre d'inscriptions moindre, depuis l'établissement du P. C. N.

Notre distingué confrère termine sa lettre ainsi :

« C'est l'intérêt général que les dispenses soient supprimées. L'encombrement de toutes les carrières libérales est une plaie sociale (surtout parce qu'il est le résultat d'une mauvaise loi plutôt que des mœurs). C'est une cause de ruine et d'appauvrissement général. De même la nécessité imposée au plus grand nombre de faire trois ans de service militaire. Les raisons en sont très nombreuses et chacun les voit...

« Il faudrait, si cela était possible, supprimer ler armées permanentes. La France serait plus riche et la science y trouverait largement son profit. Le progrès intellectuel est et sera de plus en plus inséparable du progrès matériel.

« La multiplication des examens pour empêcher la pléthore médicale est un moyen irréalisable et insuffisant dans une démocratie très avancée comme celle où nous vivons. »

Nous remercions notre correspondant d'avoir exprimé son opinion. C'est là une question fort intéressante et qui nous réunit tous, le but étant le même si les moyens diffèrent, dans un sentiment unanime : la nécessité de réduire la pléthore médicale.

Le sérum de Trunecek. — La lettre suivante nous fournit des renseignements curieux sur le sérum de Trunecek. Drôle de découverte médicale que celle qui n'ose se produire dans les journaux scientifiques, et s'adresse, pour se répandre, au fracas des quotidiens politiques :

Monsieur et très honoré Maître,

Mon ami, M. Kose, écrit dans le *Journal des Praticiens* (numéro 28), que M. Trunecek n'a jamais publié un mot sur sa nouvelle méthode en tchèque. Mon ami se trompe. M. Trunecek a publié un article assez long dans *Narodin Politika*, c'est-à-dire, dans un journal politique quotidien. Cet article a fait beaucoup de bruit, non parmi les médecins, mais parmi les malades. Tout le monde voulait être traité et guéri par la nouvelle méthode. Voilà la vérité. Il est bon que les lecteurs du *Journal des Praticiens* en soient informés.

Veuillez agréer, etc...

Dr Ladislas Syliaba,
Privat docent à la Faculté de médecine tchèque de Prague.

Prague, 21 juillet 1902.

BIBLIOGRAPHIE

L'accouchement normal, *grossesse, accouchement, suites de couches*, par le Dr Léon Vallois, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Médecine de Montpellier; avec une préface du Pr P. Budin. — Un vol. in-18 de 460 pages avec 59 fig. dans le texte: 5 fr. (Octave Doin, édit.).

Ouvrage très clair, sobre, ordonné avec méthode. Il rendra service à la fois aux étudiants, aux sages-femmes, aux praticiens.

M. le Pr Budin a recommandé avec raison ce volume au public médical.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Finsinger

PARIS. — IMP. CHARLES VOLLAREÈR, 357, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier

Les hémorragies du sinus circulaire

Le sinus circulaire est un vaisseau qui fait le tour du placenta. C'est une sorte de conduit irrégulier, formé d'une série de tronçons très courts, remplis de sang maternel. Ses parois sont très friables et il se déchire aisément. M. Maygrier a observé plusieurs cas d'hémorragie de ce sinus; l'un d'eux s'est terminé par la mort. Les exemples mortels sont exceptionnels : celui que M. Maygrier a eu à enregistrer remonte à 1892.

Il s'agissait d'une primipare, qui succomba à une hémorragie foudroyante au huitième mois de sa grossesse. La malade avait eu à subir de grandes fatigues les jours précédents : elle s'asseyait sur un bidet pour se donner une injection, quand brusquement elle pâlit. Des personnes accourues la trouvèrent gémissant et baignée dans le sang. Transportée d'urgence à la maternité de la Charité, elle y entra sans connaissance; quelques convulsions agitaient sa face ; le pouls était imperceptible ; des sueurs froides couvraient le corps ; c'est en vain que deux tamponnements furent successivement pratiqués ; la température tomba à 33°, et la malade s'éteignait une heure après le début de l'hémorragie. M. Maygrier qui présenta cette observation à la Société obstétricale et gynécologique, croyait à une insertion vicieuse du placenta. Il n'en fut rien ; le placenta était normalement inséré, à la face postérieure de l'utérus; il n'existait pas de décollement appréciable, mais un très large caillot siégeait entre les membranes et la paroi utérine, et s'étendait du bord inférieur du placenta jusqu'au col. Sur la circonférence du délivre, à son union avec le caillot, on voyait un liseré noirâtre, qui n'était autre chose que la trace d'une déchirure du sinus circulaire, point de départ de l'hémorragie.

Une autre observation, recueillie récemment, a trait à une femme de 23 ans, qui s'est présentée à la Charité pour y accoucher. La veille de son entrée, les membranes s'étaient rompues ; la tête se présentait O. I. D. P. Un grand lambeau membraneux pendait à la vulve. Les battements du fœtus étaient normaux. En soulevant la tête, M. Maygrier fit couler un liquide amniotique teinté de sang. Une injection vaginale chaude administrée dans le but de nettoyer le vagin, demeura sans résultat; le liquide restait teinté de sang, ce qui éloignait l'idée d'une plaie ou érosion vaginale.

D'autre part, les battements fœtaux restaient excellents, ce qui écartait la possibilité d'une hémorragie par lésion du cordon; car, dans ce cas, l'enfant ne tarde pas à mourir. Le fœtus allait bien ; M. Maygrier posa le diagnostic d'une déchirure du sinus circulaire, supposant que, si le liquide amniotique s'écoulait ainsi coloré, c'est qu'il se mélangeait à du sang provenant d'une lésion de ce sinus. L'accouchement s'étant terminé normalement, on trouva en effet plusieurs caillots à la face interne des membranes. Il existait deux déchirures du sinus circulaire bouchées par un caillot. C'est la formation du caillot qui avait empêché la prolongation de l'hémorragie.

Dans la plupart des cas, les hémorragies du sinus circulaire ne comportent pas de gravité ; comme dans ce dernier exemple, elles sont constituées par une sérosité sanguinolente que les caillots préalablement formés contribuent à colorer. Quand la perte de sang est plus abondante, elle peut être externe, interne ou mixte, c'est-à-dire à la fois externe et interne. Elle se produit pendant la grossesse ou le travail, et succède à un traumatisme, un choc, une émotion, une fatigue, à la rupture des membranes quand le placenta est inséré bas, etc.

En présence de cet accident, on croit souvent qu'il s'agit de ces hémorragies bien connues du praticien, qui sont dues à une insertion vicieuse du placenta. Le diagnostic différentiel réside essentiellement dans les résultats du toucher. Quand il y a insertion vicieuse, on sent au fond du col une masse mollasse, matelassée, qui sépare le doigt des parties fœtales, ou bien cette masse est située tout à côté de la tête fœtale et se présente avec elle. Pareille particularité ne laisse pas de doute. Elle indique une insertion vicieuse soit centrale, soit latérale. Parfois cette insertion vicieuse, à son tour, peut se compliquer d'une rupture du sinus circulaire. Quand cette complication se produit, il est bien difficile de la reconnaître. L'obscurité du diagnostic, heureusement, n'entraîne pas d'inconvénients thérapeutiques. Le traitement est le même, qu'il y ait insertion vicieuse du placenta simple ou insertion vicieuse du placenta compliquée d'hémorragie du sinus circulaire.

Les hémorragies de la fin de la grossesse peuvent aussi provenir du décollement d'un placenta normalement inséré. En pareille occurrence, on trouve parfois des éléments étiologiques différents. Le décollement placentaire fait suite à un traumatisme, à une maladie de la mère (albuminurie). L'utérus apparaît dur, tendu. Des phénomènes généraux graves peuvent faire accompagnement.

Le diagnostic n'est souvent possible qu'après l'accouchement. Le praticien saura toutefois qu'il ne lui sera pas toujours aisé de retrouver le siège de la rupture du sinus circulaire. Elle peut être ponctiforme, comme il advient dans certaines ruptures de plaies variqueuses.

Le traitement consiste dans le repos absolu.

Digitized by Google

M. Maygrier fait observer à cet égard combien les femmes sur la fin de la grossesse se fatiguent aisément. Les ouvrières continuent de travailler et de s'exposer à des efforts qui facilitent les hémorragies. Il serait de toute nécessité que ces malheureuses eussent faculté de prendre le repos qui leur est indispensable. Outre le repos qui sera absolu dans les hémorragies du sinus circulaire, le praticien pratiquera une désinfection soigneuse des organes génitaux pendant la grossesse; le tamponnement vaginal sera appliqué si la perte est abondante : il a pour effet de favoriser la formation des caillots et l'occlusion du vaisseau saignant. Si le col est perméable, il suffira parfois de rompre les membranes (Budin) pour arrêter l'hémorragie; si ce moyen ne suffit pas, on devra provoquer ou accélérer le travail et terminer rapidement l'accouchement.

Quant au traitement général, il sera institué avec rigueur. La malade sera maintenue la tête basse; on enveloppera ses membres de flanelle chaude; de l'alcool sera prescrit; on fera des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de sérum. Dans les cas très graves, les injections de sérum pourront même être pratiquées par voie intra-veineuse.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement et guérison de deux cas de sciatique par rééducation

par le Dr Paul-Emile Lévy
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris (1)

Physiologique, la thérapeutique comprend les médications calmantes internes et externes connues; elle englobe encore les révulsifs dont le mode d'agir demanderait d'ailleurs à être précisé, Dans le cas présent, l'antipyrine avait été prescrite; je la conservai, mais à doses modérées, dans un but d'expérimentation. Je formulai 6 cachets de 25 centigr. en y associant une certaine dose de quinine, 30 centigr. en totalité, pour parer, dis-je, au caractère intermittent des crises douloureuses.

Psychique, elle sera assez simple ou plus ou moins complexe, suivant les cas, pouvant s'inspirer de certains principes fixes, mais devant, en plus, s'adapter à la variabilité même des types psychiques. Ici, d'une part, cet espacement des doses — j'avais d'ailleurs expliqué à la malade la signification que j'y attachais — était destiné, dans mon esprit, à exercer sur elle, en plus de l'action même des médicaments, une action toute psychique : c'était une sorte de suggestion acceptée de plein gré par elle, un rappel fréquent, continu, de l'idée de guérison possible, pouvant ainsi graduellement faire inhibition à la douleur, continue elle-même. D'autre part, je m'attachai à faire ce que j'appelle volontiers la « toilette morale », m'efforçant d'élaguer le plus possible les diverses craintes, de rectifier les idées plus ou moins justifiées, formulées par la malade. C'est là une besogne assez délicate; il y faut de la mesure, sous peine de provoquer une sorte de réaction involontaire par laquelle le sujet veut, pour ainsi dire, prouver que sa douleur est bien réelle et non imaginaire. Aussi n'est-ce qu'après m'être bien expliqué sur ce dernier point, que j'affirmai avec conviction que, malgré l'intensité du mal et le temps depuis lequel il persistait, nous ne tarderions pas à nous en rendre maîtres. Et j'indiquai à la malade la marche que je comptais suivre : obtenir un certain apaisement de la douleur, puis, au bout de 36 ou 48 heures, la faire se lever, marcher, le séjour prolongé au lit ne pouvant être que nuisible.

Le lendemain, j'avais bien obtenu une atténuation des phénomènes, ainsi que je l'espérais, ce qui était déjà un premier point. Mais je ne fus pas étonné non plus de voir que nous étions encore loin de compte. L'affirmation qu'elle allait pouvoir se lever après un ou deux jours lui semblait tout à fait singulière, et sans doute pensait-elle, comme je l'appris d'ailleurs, que je faisais fausse route, et la croyais moins atteinte qu'elle n'était réellement. C'est là, encore une fois, un fait qui se produit habituellement dans tous ces cas où le traitement cherche à faire appel à la résistance morale du malade, pour triompher par elle du mal. Il y a comme une opposition instinctive de cette sorte de personnalité morbide constituée par le phénomène lui-même, et par les éléments moraux qui se sont groupés autour de lui, laquelle ne veut réellement pas guérir. Ceci s'observe surtout bien et au plus haut degré, chez les francs neurasthéniques.

En de telles circonstances, il faut de la ténacité de la part du médecin. Celui ci doit maintenir tranquillement ses affirmations premières, non pas en se contentant de ces affirmations pures et simples, mais en les raisonnant près du malade, en lui montrant que, malgré les apparences contraires, il n'est nullement impossible qu'elles se réalisent comme il a été dit. Ainsi, tout en maintenant mon intention de la faire sans doute se lever le lendemain, je continuai à lui développer la manière dont je comprenais son état, à « décomposer » sa douleur; je m'efforçai de lui faire admettre, très prudemment, que dans cette douleur entrait peut-être une très grande part d'énervement. Le traitement demeura identique, sauf quelques variations de dose ou d'heure, en rapport avec les obser-

Suite et fin : Voir N° 31, page 482.

Digitized by Google

vations faites par la malade, mais dans le détail desquelles je n'entre pas.

Le lendemain il y avait encore eu quelques atténuations partielles. On aurait pu peut-être continuer ainsi et obtenir une amélioration progressive. Mais, de toute façon, cela eût été très long, et, à vrai dire même, ce résultat favorable me paraissait douteux, en raison de l'intensité persistante des phénomènes. On est toujours, en pareille ciconstance, à la merci de quelque recrudescence de la douleur par le fait de la dépression morale que cette prolongation du confinement au lit eût provoquée, de l'insomnie, etc., ou sans cause apparente. Un symptôme qui me confirma dans mon intention de hâter les choses, fut que la malade elle même paraissait, malgré ses premières résistances naturelles, se laisser à peu près convaincre par mes raisonnements répétés. Elle commençait à penser que peut-être y avait-il une bonne part d'énervement, de malaise, de faiblesse générale dans l'intensité de cette douleur, qu'en tout cas il importait aussi bien, dans le traitement, de s'occuper de ces symptômes généraux qui pouvaient s'aggraver que de celle-ci : ce qui était vrai dans une large mesure, et, au point de vue thérapeutique, avait de plus, pour moi, l'avantage de créer une dérivation pour l'attention de la malade, de diffuser, pour ainsi dire, le symptôme à combattre — qui devient, par là-même, plus vague — dans un ensemble de symptômes, de le dépouiller encore, en un mot, comme j'essayais de faire depuis le début, de ses caractères de *douleur fixe*. Aussi, à l'étonnement de son entourage de la voir ainsi se rallier à mes vues, accepta-t-elle volontiers de se lever, malgré les sensations diverses de malaise, de faiblesse, d'étourdissement, espérant, comme je le lui avais fait entendre, que tout cela se dissiperait par le mouvement même, par la reprise de la vie.

Il est évident qu'en pareille circonstance, il serait souverainement imprudent de procéder avec brusquerie, même en supposant, ce qui n'était pas le cas, qu'on se trouve en présence de phénomènes purement nerveux. Il ne s'agit pas de violenter le malade, ni le mal, mais de faire leur éducation graduelle. Il faut au contraire, beaucoup de douceur, de prudence; car bien peu de chose, un détail, peut compromettre le succès. Avec grande précaution je la fis se lever. On la soutint quelques instants; puis je me contentai de lui tenir à peine la main, non pour lui fournir un appui, mais pour lui donner simplement une « assurance morale ». Elle sentait ses jambes ployer sous elle. Je lui dis : « En restant debout quelques instants, vous allez les sentir plus fortes ». Ce qui se produisit en effet. Puis elle déclara être comme étourdie, avoir des nausées. Je dissipai ces phénomènes, puis d'autres, par simple affirmation qu'ils allaient se dissiper; puis je la fis demeurer debout sans plus lui tenir la main.

Ce premier point acquis, je procédai de même pour la position assise. Dès le premier jour où j'avais examiné la malade, j'avais du reste essayé, pour tâter précisément ce que pouvait donner ce mode de traitement par rééducation et suggestion combinées, de la faire asseoir dans son lit, et j'avais réussi à abolir pour quelques instants les phénomènes douloureux, lesquels, d'ailleurs, avaient rapidement reparu. Ceci m'avait montré encore que ce traitement pouvait être efficace, mais qu'il était nécessaire de procéder très graduellement. Ici, il en fut de même. Grâce à l'éducation déjà faite, la position assise, loin d'augmenter la douleur, l'atténua. J'intervenais pour ramener le calme chaque fois que semblait se produire quelque menace de reprise; ou, de temps en temps, je la faisais remettre debout, ou encore j'usais de quelque autre moyen de dérivation psychique pour que l'attention ne pût se maintenir sur le phénomène douloureux, et s'habituât de plus en plus à s'en distraire. Dans cette première séance de rééducation, craignant toujours d'aller trop vite, je ne fis faire aucun exercice de marche. Mais dès le soir du premier jour, j'y procédai. Je fis marcher la malade, la tenant d'abord à peine par la main, pendant une vingtaine de pas. Je la fis se reposer, puis recommencer encore. Ainsi que je le lui avais annoncé, les douleurs se calmaient à mesure que la marche devenait plus facile et plus rapide.

Le lendemain, je continuai cet entraînement. Elle put descendre les escaliers, d'abord avec peine, puis plus aisément. On pouvait dire qu'à ce moment la cure était virtuellement terminée, bien que la marche ne fût pas près encore d'être tout à fait normale, et qu'il persistât des douleurs. Lorsqu'un traitement est arrivé à ce point, le mieux est souvent de ne plus combattre trop énergiquement. Sinon, le symptôme, contre lequel on s'entête à lutter, persiste ou reprend son intensité première. Il faut se contenter, une fois l'élan donné, de laisser les choses se faire presque d'elles-mêmes, ou de n'y aider que par une direction ou une impulsion à peine sentie. La malade se plaignait encore de douleurs, de fourmillements, de sensations diverses. J'alléguai que tous ces phénomènes étaient dus sans doute à un défaut d'assouplissement des muscles, qu'il n'y avait pas à les traiter directement, qu'il convenait seulement de continuer de marcher le plus possible pour les ramener, par l'exercice même, à leur souplesse tout à fait normale, et du même coup élaguer les divers symptômes pénibles qui y étaient localisés.

Il en fut ainsi. Je dois ajouter cependant qu'une partie au moins de ces troubles devait être attribuée à d'autres causes, à savoir : des varices très peu appa-

Digitized by Google

rentes lorsque j'avais vu la malade au lit, et pour lesquelles, ce qu'elle avait négligé de me dire, elle portait habituellement des bas. Ces varices, par la marche reprise, avaient amené un gonflement du pied et du cou-de-pied assez notable. Un repos que je réduisis au strict minimum, une journée, et l'usage consécutif du bas, en vinrent facilement à bout. Quelques jours après, la malade put opérer son départ. J'eus occasion de la revoir au bout d'une dizaine de jours environ. Elle avait encore quelque douleur ou sensibilité; mais pouvait aller et venir à sa guise. Elle venait précisément de faire 2 ou 3 kilomètres sans arrêt et sans fatigue; la marche me parut tout à fait normale.

J'aurai terminé si je dis qu'en même temps que la douleur sciatique, je m'attachai à traiter, à cette période terminale, divers troubles de l'estomac, du sommeil, importants non-seulement pour eux-mêmes, mais pour le retentissement qu'ils pouvaient avoir sur le phénomène primordial.

En résumé, une sciatique durant depuis cinq semaines, et traitée sans résultat depuis trois, a pu être considérée comme guérie au bout de 3 ou 4 jours, et cela presque uniquement, la médication ayant été très restreinte, par des procédés d'entraînement et de rééducation.

A cette observation il me paraît utile d'en joindre une autre, qui date déjà de deux ou trois ans, et que je résumerai en quelques lignes.

Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, que je vis en pleine crise de sciatique, elle aussi inutilement traitée par des calmants locaux et généraux. Cette sciatique était une sciatique rhumatismale bien franche, sans nervosisme surajouté, au moins décélable à l'examen. J'eus, du reste, depuis, l'occasion de soigner le malade, habituellement rhumatisant, pour une attaque de rhumatisme articulaire fébrile. Je procédai de façon tout à fait analogue, d'abord en essayant de calmer tant soit peu la douleur par suggestion pure, puis en faisant faire avec grande précaution quelques mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, le malade restant au lit. Je le fis ensuite accentuer ses mouvements. Enfin, je fis lever le malade, et l'entraînai à marcher. Je restai peut-être plus d'une heure et demie près de lui et dus prendre quelque peine. Mais l'après-midi même, il put sortir et vaquer à ses occupations, la marche encore incertaine, et boitant assez fortement, mais en somme sans trop de difficulté ni de douleur.

Les deux observations que nous venons de rapporter, concernent toutes deux des névralgies sciatiques. Mais nous pourrions leur en ajouter d'autres visant des algies d'origine et d'ordre divers, et guéries par des procédés analogues.

Au point de vue théorique, nous y trouvons la démonstration de la proposition énoncée au début. En face d'un symptôme douloureux, il ne nous est pas possible de savoir, de prime abord, dans quelle mesure il est conditionné par l'étendue et l'intensité de la lésion, de quelle quantité la symptomatologie de cette lésion est amplifiée par la répercussion fonctionnelle.

Au point de vue thérapeutique, elles nous prouvent la nécessité de faire, à côté des traitements classiques, une large part aux méthodes analogues à celles que nous venons de décrire, issues d'une compréhension plus complète des phénomènes, parmi lesquelles nous ne voulons retenir ici que les procédés de *suggestion active* ou d'*entraînement*.

L'immobilisation des parties malades dans le traitement des phénomènes douloureux, — le repos au lit, par exemple, pour la névralgie sciatique, — se recommande pour des raisons bien aisées à comprendre. L'organe lésé est ainsi soustrait aux irritations extérieures, aux mouvements dont il vient d'expérimenter les effets pernicieux, et trouve ainsi toute facilité de se réparer. Mais d'autres conditions entrent en jeu, qui peuvent annihiler ou compromettre ces résultats favorables, et qu'il est bon de préciser.

Une fois qu'on l'a immobilisé et soustrait à ses occupations habituelles, l'attention du malade étant à peine distraite par d'autres pensées ou sensations, a une propension naturelle à se porter vers le point souffrant et par là même à exagérer l'intensité de la douleur. Cela peut se faire d'une façon visible pour l'observateur — ou non. Par là nous entendons — ce qui est peu habituellement compris — qu'il n'est nullement nécessaire, pour qu'on puisse invoquer ce mécanisme, que nous nous trouvions en face de craintes, anxiété, préoccupations exprimées par le malade au sujet de son état. Dans le champ, devenu plus libre, de la conscience, une sensation ou une idée a, de ce fait même, toute raison de prédominer et de s'accroître (1). En même temps, si l'immobilisation se prolonge, le sujet perd son accoutumance, donc devient plus sensible aux impressions extérieures; les muscles se déshabituent d'agir, ne savent plus coordonner, ou coordonnent moins bien leurs mouvements. De là des troubles secondaires, qui peuvent à leur tour réagir sur le phénomène primitif pour l'amplifier, — sans parler d'une dernière période possible, constituée par le retentissement sur le système nerveux général de ces troubles primitivement locaux.

La méthode de rééducation ou d'entraînement

(1) Fixer son attention, dit encore Ribot, signifie simplement laisser un certain état durer et prédominer (*Psychologie de l'attention*, p. 123).

Digitized by Google

s'oppose nettement à la précédente. Il ne s'agit pas, contrairement à l'opinion courante trop banalement acceptée, de contraindre le malade à reprendre la marche, malgré une douleur existante, de lui faire violenter cette douleur. La solution du problème thérapeutique, qui nous est posé, dépend en réalité de deux éléments en étroite coordination: d'une part, une douleur bien certaine ; de l'autre, les mouvements, qui, s'ils sont mal assurés, hésitants, si, par crainte de douleur, par défiance du malade envers lui-même, par désaccoutumance, ils s'accompagnent d'un certain degré de raideur ou de faiblesse, d'un trouble quelconque dans la contraction des muscles, peuvent réveiller ou accroître le premier phénomène, s'ils apprennent, au contraire, à être plus aisés, peuvent agir pour l'atténuer. Agir seulement sur l'élément douleur, c'est n'envisager qu'un côté de la question, c'est faire besogne incomplète. Et, d'autre part, comprendre la rééducation dans le sens d'un appel fait à la volonté militante du sujet, lui dire, suivant une formule trop classique : « qu'il le peut s'il le veut », irait souvent à l'encontre du but, car la douleur est là qui paralyse cette volonté. Il s'agit donc d'éduquer le malade, à la fois contre la douleur et pour la marche, ou, pour mieux dire, chaque nouveau progrès qu'on veut amener dans celle-ci doit avoir été précédé d'une certaine atténuation de la douleur qui le rende possible.

Pour produire cette atténuation progressive, la psychothérapie offre la plus précieuse ressource. Suivant la loi fondamentale de la thérapie psychique, que nous avons développée ici-même (1), une persuation douce ou une affirmation plus nette, une friction ou un massage léger, ou tout autre procédé suggestif, doivent, à chaque fois, en donnant au malade l'idée, la confiance qu'il va pouvoir reprendre la marche avec plus d'aisance qu'auparavant, et sans ressentir de douleur, avoir annihilé, ou réduit de beaucoup, par avance, tout phénomène douloureux que le mouvement pourrait provoquer. L'entraînement consécutif sera, pour le sujet, la confirmation de l'assurance qui vient de lui être donnée, en même temps qu'un gage, un espoir de guérison possible, qui, à chaque progrès, ira s'augmentant et se précisant. Il y a donc là deux temps nécessaires dans le traitement, et c'est faire comprendre le soin qu'il faut mettre à graduer les doses d'entraînement, chacune devant être, en quelque sorte, la traduction en acte de la dose de suggestion qui vient d'être donnée.

Il va de soi que la thérapie psychique nous fournit encore un moyen d'action à la fois des plus sûrs et des plus maniables, non seulement contre la douleur, mais contre les divers troubles psychiques, crainte, etc., ou physiques, sensation de faiblesse, fatigue, vertige, etc. susceptibles, eux aussi, de faire inhibition à la reprise des mouvements et de la marche.

A un stade plus avancé, l'entraînement agira encore d'autre sorte. A mesure qu'il cesse de se cantonner dans son lit, le malade cesse aussi de se cantonner dans sa douleur ; la faculté qu'il reprend de s'occuper à nouveau, distrait de plus en plus de celle ci l'attention qui l'alimentait plus ou moins consciemment.

Certes, il n'est nullement question de s'inscrire contre le repos et l'immobilisation dans le traitement des phénomènes douloureux. Repos et mobilisation ne s'excluent pas, mais doivent se combiner. Le repos est nécessaire dans un très grand nombre de cas ; il constitue même le plus habituellement le premier stade du traitement. Mais on doit toujours en garder les inconvénients, les dangers même, présents à l'esprit, se rappeler que c'est une arme à double tranchant, donc, ne pas le prescrire inconsidérément, et souvent le réduire au minimum. On doit y voir surtout, si je puis dire, une période de recueillement de l'organe avant d'en arriver à la méthode vraiment active, à l'entraînement.

Au reste, ces procédés d'entraînement et rééducation, ici appliqués à la médecine nerveuse, ne ressortissent-ils pas d'une méthode tout-à fait générale, bien que trop peu conçue précisément dans sa généralité d'application et qui, peu à peu, cependant, tend à prendre toute la place qui lui est due dans les divers domaines de la thérapeutique ? mobilisation dans les fractures, succédant à l'immobilisation prolongée, gymnastique des groupes musculaires intéressés dans les attitudes vicieuses, remplaçant l'emploi de simples appareils de soutien, etc., n'est-ce pas partout la même tendance à substituer aux procédés anciens, passifs, des procédés faisant appel à la vie? Et, dans le domaine purement médical, M. Huchard ne montrait-il pas dernièremens tout, ici même, avec son éloquence et son autorité coutumières, toute l'importance, toute la valeur de la *thérapeutique fonctionnelle*. C'est bien là, à notre sens, la thérapeutique de l'avenir. De même que la fonction crée l'organe, l'organe se reconstitue, se recrée par la reconstitution de la fonction.

(1) V. *Journal des praticiens*, 1898, n°s 19 et 20.

VOIES URINAIRES

La séparation de l'urine des deux reins

Par le Dr Georges Luys
Assistant de la clinique des voies urinaires à l'Hôpital Lariboisière

Les cas dans lesquels il est nécessaire de faire l'analyse de la sécrétion de chaque rein sont nombreux.

Digitized by Google

En effet, en présence d'une lésion rénale, s'il est du plus grand intérêt de savoir quel est le rein malade, il importe encore bien davantage de connaître l'état fonctionnel du rein opposé, car la néphrectomie du rein malade ne doit être faite que si l'on est sûr que le rein supposé sain suffira à lui seul à la dépuration urinaire.

Pour obtenir ces indications, le moyen le plus sûr et le plus précis est de recueillir séparément l'urine excrétée par chacun des deux reins.

Un des moyens employés pour arriver à ce but est le cathétérisme de l'uretère. Les inconvénients de cette méthode ont été résumés par mon maître, M. le Dr Hartmann, à la Société de Chirurgie, le 26 février 1902.

En effet, dit-il, le *cathétérisme de l'uretère* :

1° *N'est pas toujours possible.* Il nécessite une vessie tolérante et un milieu vésical clair. De plus, même quand ces conditions favorables se trouvent réunies, il y a encore des cas où l'on ne peut pas faire le cathétérisme. On voit l'uretère, mais la sonde passe sur l'orifice sans pouvoir s'y engager.

2° *N'est pas toujours innocent.* Il est fréquent d'observer, le soir d'un cathétérisme, une ascension de température. Cette ascension est, il est vrai, le plus souvent passagère, et l'infection qu'elle indique n'est pas suivie de lésions consécutives, le lavage effectué par l'écoulement continu de l'urine empêchant leur développement et débarrassant l'uretère des éléments microbiens qui peuvent y avoir été apportés. Mais qu'il y ait une gêne au cours de l'urine, comme dans certaines coudures de l'uretère, un calcul dans le bassinet, etc., on est exposé à voir apparaître et se développer une lésion inflammatoire du bassinet. Ces faits ne frappent pas au premier abord, parce que les symptômes révélateurs de pyélonéphrites légères n'apparaissent pas d'une manière évidente après le cathétérisme, et qu'elles mettent un certain temps à se développer; les lésions n'en existent pas moins, et nous avons connaissance de cas où aucune cause autre que le cathétérisme urétéral ne semble devoir être incriminée.

3° *Peut induire en erreur.* Le passage de la sonde dans l'uretère fait quelquefois saigner et penser à l'existence d'une hématurie rénale ; de l'urine peut filtrer entre les parois de l'uretère et la sonde, arriver ainsi dans la vessie, faisant croire, lorsqu'on recueille le contenu de cette dernière, à l'existence d'une urine provenant du rein non cathétérisé.

Enfin, le cathétérisme de l'uretère est une opération délicate, nécessitant une éducation spéciale et une installation complète.

Il est infiniment plus simple de cloisonner la vessie en deux loges et de recueillir dans chacune de celles-ci le produit séparé de chaque rein.

Ce cloisonnement a été pratiqué de deux façons différentes.

Une première méthode consiste à soulever la paroi inférieure de la vessie et à faire un toit entre les deux uretères.

C'est ce qu'a fait Neumann, qui obtenait le cloisonnement chez la femme seulement. Il introduisait par l'urèthre un tube dans l'intérieur duquel se trouvait une cloison, et il appliquait la paroi vésicale sur cette cloison au moyen du doigt introduit dans le vagin.

Harris introduisait dans le rectum chez l'homme, ou dans le vagin chez la femme, un levier, et soulevait ainsi en forme de toit la paroi inférieure de la vessie ; il recueillait ensuite au moyen de deux sondes accolées, mais indépendantes, l'urine séparée de deux reins qui, déversée par les uretères, s'accumulait dans les gouttières latérales.

Downes, de Philadelphie, perfectionna cet instrument en solidarisant le levier avec les sondes.

Cette méthode a donné des résultats à leurs auteurs, mais elle est douloureuse, le levier rectal ou vaginal étant difficilement supporté, et elle est infidèle, car on ne peut jamais être absolument sûr que le levier rectal ou vaginal soit bien exactement entre les deux sondes vésicales.

Une deuxième méthode, plus simple, consiste à *déorimer le bas-fond vésical et à élever une cloison souple développable à volonté entre les deux uretères.*

C'est cette méthode que j'ai le premier préconisée et réalisée, grâce à un instrument dont mon maître, M. le Dr Hartmann, a entretenu la Société de Chirurgie, le 26 février et le 5 mars 1902.

Mon *séparateur des urines* se compose de trois parties réunies ensemble : deux sondes métalliques et une pièce intermédiaire (fig. 1).

Les sondes métalliques sont de petit calibre et présentent la courbure d'un béniqué. Près de leur bec sont percées des ouvertures, à leur face interne.

La pièce intermédiaire est constituée par une lame métallique de même courbure que les sondes. Dans la concavité de cette lame, et formant la corde de l'arc constitué par l'extrémité de cette lame métallique, peut se tendre ou se détendre une chaîne analogue à celle de la scie à chaîne. Toute la pièce est recouverte par une chemise en caoutchouc, et l'on comprend ainsi que, lorsque la chaîne est tendue, il s'élève entre les deux sondes une véritable cloison, tandis qu'au contraire, lorsqu'elle est détendue, l'élasticité du caoutchouc applique la chaîne sur la concavité de la cloison métallique. La manœuvre du

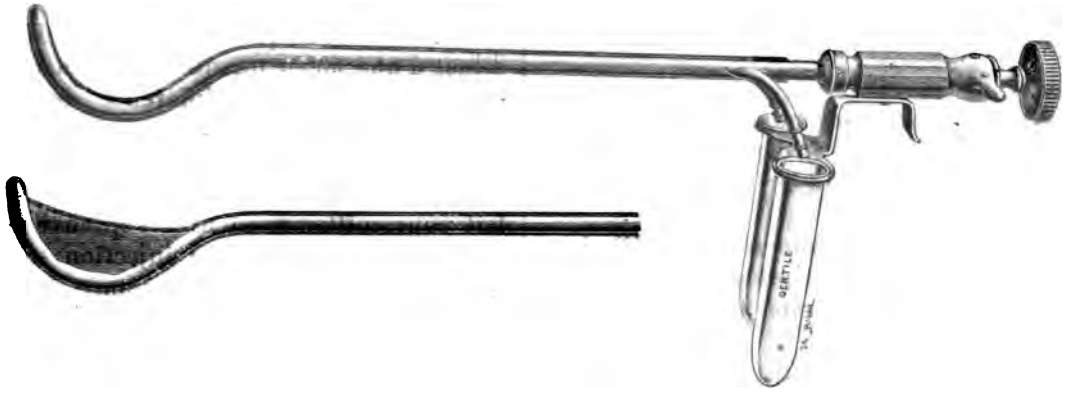
Digitized by Google

rideau de caoutchouc est commandée par une vis située à l'extrémité libre du manche de l'instrument.

Les trois pièces de l'instrument sont réunies entre elles à chacune de leurs extrémités, à l'une par le manche, à l'autre par une petite vis commune.

L'ensemble de l'instrument a un calibre total d'un 42 béniqué environ.

Faisons remarquer ici que la pièce métallique intermédiaire aux deux sondes, recouverte de sa chemise caoutchoutée, dépasse légèrement par sa portion convexe la convexité des deux sondes ; de telle manière que, autant par sa convexité que par sa concavité, cette pièce intermédiaire forme bien une véritable cloison.



Manuel opératoire :

Pour appliquer l'appareil on commence par laver au préalable et très soigneusement la vessie, avec une sonde molle ordinaire, jusqu'à ce que l'eau boriquée ressorte absolument claire, puis on retire la sonde, en laissant un peu d'eau boriquée dans la vessie.

On introduit alors l'instrument dans l'urèthre, et on le fait pénétrer jusque dans la vessie ; on peut facilement s'assurer de sa pénétration par la sortie de l'eau boriquée par les deux sondes. On déploie aussitôt ensuite la cloison de caoutchouc, et on laisse écouler l'eau boriquée.

On met alors le malade en position assise ; puis, on relève légèrement le manche de l'instrument de manière à appliquer exactement la convexité des sondes sur le bas fond vésical, jusqu'à ce qu'on sente une légère résistance.

L'application de l'instrument est très exacte, ainsi qu'on peut toujours s'en rendre compte par le toucher rectal ou vaginal.

On comprend ainsi comment aussitôt qu'une goutte d'urine sort de l'uretère, elle est obligée de gagner la dépression en cul de-sac formée par la pression de l'instrument, et ensuite de sortir au dehors par la seule force du siphon, déterminée par l'évacuation préalable de l'eau boriquée. L'urine séparée de chaque rein est alors recueillie dans deux petits tubes fixés à un petit porte-tube très simple, fixé au manche de l'instrument.

Quelques précautions sont à prendre pour assurer l'étanchéité parfaite de la cloison :

D'abord d'assurer par une douce pression en bas que l'appareil s'applique bien sur le bas fond vésical. Ensuite et surtout de tirer légèrement à soi l'instrument de manière à bien repérer le col. Enfin d'assurer l'immobilité absolue de l'instrument tenu, soit à la main, soit avec un support. On peut alors voir sortir de chaque sonde l'urine de chacun des deux reins qui s'écoule par saccades à des intervalles rhytmés, suivant les éjaculations urétérales.

Cet appareil a le mérite d'être facilement et complètement démontable et d'être aisément stérilisable, car il peut être plongé tout entier dans l'eau bouillante.

Il est d'un maniement facile à la portée de tous les chirurgiens, et ne nécessite pas une éducation préalable spéciale. Son habile constructeur est M. Gentile.

Résultats :

Il a été essayé plus de cinquante fois sur des malades dans le beau service de M. le Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, soit dans les services de MM. les Drs Terrier, Tuffier, Potherat, Bazy, Achard, Poirier, Schwartz et Picqué et il a toujours donné des résultats intéressants et utiles.

Dans 4 cas de néphrectomie (3 femmes, 1 homme) la sonde du côté du rein enlevé ne donnait pas une goutte d'urine, tandis que toute l'urine s'écoulait par la sonde du côté du rein restant.

Dans 14 cas de pyonéphrose ou de pyélo-néphrite (7 hommes et 7 femmes) des urines troubles ou purulentes ont été émises par la sonde du côté malade, tandis que l'autre sonde donnait des urines claires.

Dans 3 cas d'hématurie rénale (2 hommes et 1 femme), une sonde donnait une urine sanglante, tandis que l'autre donnait une urine normale.

Dans un cas d'uronéphrose (1 femme), l'élimination de bleu de méthylène a permis de constater que du

Digitized by Google

côté malade les urines étaient à peine teintées, presque claires, tandis que du côté sain les urines étaient bleu foncé.

Dans 3 cas de tumeurs du rein (3 femmes), la sonde du rein malade ne donnait peu ou presque pas d'urine, tandis que la sonde du rein sain en donnait une grande quantité.

Les observations recueillies seront publiées ultérieurement.

Indications :

Qu'il nous suffise pour le moment de rappeler l'intérêt considérable qu'il y a, dans presque toutes les maladies des reins, à pratiquer la séparation des urines.

D'abord pour préciser la lésion rénale et éliminer les lésions des organes voisins qui pourraient donner le change (tumeurs de la rate, tumeurs du foie, etc.).

Ensuite, comme nous l'avons dit en commençant, pour savoir *quel est le rein malade* et surtout *quel est l'état du rein supposé sain.* Enfin, même dans les cas de néphrites médicales, pour savoir si les deux reins sont aussi malades l'un que l'autre et si une intervention chirurgicale n'est pas indiquée.

Nous insisterons donc encore sur ce point et nous dirons sur quelles données on doit se baser pour dire : Le rein supposé sain est absolument capable de faire à lui tout seul la dépuration urinaire; l'autre rein ne sert à rien, il peut être enlevé.

L'analyse chimique de l'urine des deux reins à tout d'abord une très grosse importance, mais ici nous signalons un écueil à éviter. En effet si l'on fait porter cet examen clinique sur les premiers échantillons d'urine recueillie, on risque d'avoir une cause d'erreur, car les tubes des sondes encore pleins d'eau boriquée diluent les éléments de l'urine, ce qui tend à fausser les résultats.

Il est donc important de ne recueillir les échantillons à examiner qu'un certain temps après, quand on s'est assuré que toute l'eau de lavage a été éliminée. On fera alors porter ses recherches principalement sur le dosage de l'urée, des chlorures et de l'albumine. Et c'est ainsi qu'on peut parfois constater, ainsi qu'il nous a été donné de le voir, qu'un rein est albuminurique tandis que l'autre ne l'est pas, qu'un rein excrète 4 gr. d'urée par litre, tandis que l'autre excrète 32 gr. par litre.

Ce sera ensuite, ainsi que l'ont enseigné Achard et Castaigne, l'épreuve par le bleu de méthylène. On injecte sous la peau du malade un cent. cube d'une solution aqueuse stérilisée de bleu de méthylène à 5 0/0, on fait uriner le malade et on attend une heure. Au bout de ce temps on recueille les urines de la vessie avec une sonde, puis on applique le séparateur. On voit alors souvent le rein malade donner une urine pâle à peine teintée, tandis que le rein sain émet une urine nettement verte dans laquelle la réaction du chromogène fait apparaître bientôt la teinte bleue caractéristique du bleu de méthylène.

On obtient ainsi le plus souvent de grosses différences entre l'excrétion séparée des deux reins. Mais pour rendre ces différences encore plus nettes, il sera bon, ainsi que le conseille M. Achard, de diluer d'une même quantité d'eau chacun des échantillons d'urine et la différence de coloration deviendra plus sensible encore.

Ce procédé renseignera donc déjà d'une façon précise sur la perméabilité du rein sain. Il pourra être fait concomittamment avec l'épreuve de la phlorhydzine, dans laquelle une injection sous-cutanée de 0,005 milligr. de cette substance doit amener une glycosurie temporaire dans le rein sain et aucune modification du côté du rein malade.

La cryoscopie pourra enfin venir encore apporter son appoint confirmatif dans le diagnostic de la bonne perméabilité du rein sain. On sait en effet que le point de congélation de l'urine normale est entre — 1°,5 et — 2°. Si ce point de congélation est plus élevé, c'est qu'il y a une diminution de la concentration moléculaire de l'urine et par conséquent mauvais fonctionnement du rein.

Tous ces moyens d'investigation qui jusqu'ici n'avaient été employés que dans l'appréciation du résultat brut de l'élimination rénale en bloc, deviennent maintenant infiniment plus précieux et plus intéressants pour établir d'une manière précise le degré de perméabilité de tel ou de tel rein et commander l'intervention.

La séparation de l'urine des deux reins faite par le moyen simple que nous avons indiqué, nous paraît donc une méthode de grand avenir, tant au point de vue du diagnostic exact de l'excrétion de chaque rein qu'au point de vue de l'étude de la physiologie rénale.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Médecine militaire

Un journal spécial, la *France Militaire*, du 10 février dernier, nous annonçait une bonne nouvelle : au dire du Dr Chassaing, les choses ne pouvaient durer dans leur état actuel. Il était bien temps qu'on s'occupât de nos confrères de l'armée et la nouvelle Chambre ne faillirait pas à ce devoir. Attendons donc puisqu'on nous dit d'attendre. Les réformes qu'on nous promet aboutiront peut-être, bien qu'il soit d'une sagesse bien inspirée de ne pas trop comp-

Digitized by Google

ter sur leur réalisation. Quels projets mûrissent et défendent nos gouvernants? Ceux qui intéressent leurs électeurs. Or, les électeurs ont bien d'autres soucis en tête que la situation précaire créée à nos confrères de l'armée. Certains vocables ont le don d'exciter les masses cléricalisme, militarisme, nationalisme ; rien que l'articulation d'un de ces mots en *isme* a pouvoir d'attiser les passions et de monter les têtes. Les députés s'emparent de ces étiquettes, ils y trouvent des effets oratoires, en tirent des déclamations applaudies. La Médecine militaire est moins bien partagée, elle ne possède pas ce don de remuer les âmes. On en parle, nul ne s'émeut. L'électeur s'en moque et le député aussi. C'est une raison pour que les améliorations proposées tardent quelque peu.

Il en est une à établir qui restera probablement longtemps perdue dans la poussière des cartons avant de pénétrer au jour : j'entends la rapidité accrue de l'avancement. Nos confrères militaires sont assimilés à des officiers ; entre eux il y a équivalence de grades. Il y aurait fort à dire à ce propos. Ce n'est pas faire injure à un officier de rappeler qu'un médecin est plus instruit que lui et qu'il a chaque jour à fournir des preuves de dévouement et de savoir dont l'officier, astreint qu'il est à une sorte de fonction automatique et toujours la même, peut se croire à juste titre exempt. Mais là n'est pas la question. Qu'on admette cette parité de talents et de valeur, soit. Le médecin l'accepte par esprit de discipline et sentiment du devoir. Il semble tout naturel, puisqu'on met sur le même pied des hommes de mérite si inégal, qu'au moins les uns et les autres jouissent d'avantages identiques de carrière. Les médecins sont des officiers: que leur avancement soit réglé conséquemment sur le type qui règle l'avancement des officiers, qu'ils passent le même temps dans un grade, qu'ils gravissent les échelons de la hiérarchie dans le même ensemble d'années.

Il n'en est malheureusement rien ; on vieillit dans les grades du service de santé beaucoup plus que dans les grades correspondants de l'armée. C'est là une injustice au premier chef ; elle s'aggrave, si l'on en recherche les causes, d'une autre injustice qui, elle, se traduit par une certaine indifférence à l'égard de nos soldats. On accordera que les médecins, dans un régiment, sont bien aussi utiles que les officiers : un médecin inspecteur apparaît comme aussi nécessaire qu'un général de brigade. Or, le nombre des médecins inspecteurs, comparé au nombre des médecins militaires est infiniment plus restreint que le nombre des généraux de brigade comparé à celui des officiers. Le chiffre est de quatre fois plus faible. Nos soldats trouvent quatre fois plus de généraux pour surveiller les officiers, que de médecins inspecteurs qui pourvoient au fonctionnement du service de santé. Ce sont là dispositions qui jurent avec les tendances modernes. La santé d'un homme importe-t-elle moins que la nécessité de son apprentissage militaire ? Pour étrange qu'elle paraisse, une pareille notion semble inspirer l'établissement des cadres supérieurs de l'armée. Et nos confrères s'impatientent et sont condamnés à un avancement exaspérant de lenteur, parce que les cadres supérieurs du corps de santé ne sont pas fournis comme il conviendrait.

Augmentons le nombre des médecins inspecteurs, le passage d'un grade à un autre se trouvera singulièrement activé: telle est la réforme à accomplir. Et l'argent ? Qu'on supprime un certain nombre de fonctionnaires civils, de ces fonctionnaires fantaisistes dont la seule fonction consiste à émarger au budget, qu'on fasse un abattis de tous ces parasites, et l'argent sera bien vite trouvé.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'hypnopyrine. — MM. les Drs Bolognesi et Charpentier ont fait, à la Société de thérapeutique (25 juin), une communication sur ce médicament dont nous avons déjà parlé (n° 22).

Au point de vue thérapeutique, l'hypnopyrine est à la fois analgésique, hypnotique et antithermique, amenant la sédation de la douleur et l'hypnose sans produire de sueurs profuses ni de collapsus comme les analgésiques de la série aromatique.

Comme elle est faiblement antithermique puisqu'elle n'abaisse la température que de 1/2 à 1 degré, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, elle aurait l'avantage de ne pas ralentir les oxydations, la fièvre étant, comme l'on sait, une des meilleures défenses de l'organisme.

Elle aurait produit d'excellents résultats dans les pyrexies infectieuses comme la grippe, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les angines, les fièvres pernicieuses à caractère hyperesthésique : dans les céphalaagies, les névralgies, les rhumatismes, etc... Inoffensive pour l'estomac, elle produirait un effet tonique et apéritif comme la quinine sans irriter le tube digestif. On l'administre sous forme de cachets de 25 à 50 centigr. de pilules de 0,10 à 0,20 cent. de suppositoires. La dose des 24 heures est de 1 à 2 grammes pour l'adulte, l'hypnopyrine est d'une innocuité absolue.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Cardiopathies mortelles chez des enfants. — Zuppinger a vu trois enfants âgés de 3 ans, 14 mois, de 3 ans, succomber à une myocardite et à une néphrite aiguës, survenues à la suite d'ulcérations superficielles de la peau ; le diagnostic fut contrôlé et confirmé par l'autopsie.

Un des petits malades avait eu un abcès mal soigné du pied, suivi d'une ulcération ; le second avait une ulcération peu profonde de la cuisse consécutive à une brûlure ; le troisième souffrait d'une adénite suppurée du cou. Aucun des trois n'avait de fièvre et l'idée de septicémie n'est pas admissible d'après l'évolution de la maladie; l'intoxication médicamenteuse est exclue ; les ulcérations étaient pansées avec la solution de Burow, nom qu'on donne en Allemagne à une solution aqueuse d'acétate d'alumine au 20e. A moins de supposer une infection diphtérique de la plaie, il convient de penser à une susceptibilité particulière du cœur de l'enfant vis-à-vis de certains poisons microbiens (*Wiener Klin. Wochenschrift*). — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Le rhumatisme noueux

De toutes les médications utilisées contre le rhumatisme noueux, il en est deux qui jouissent d'une efficacité réelle. La première consiste dans l'emploi de la teinture d'iode. Si l'estomac du malade la supporte, on est assuré du succès. On commence par 3, 4 et 5 gouttes du mélange suivant dans un verre d'eau au moment des trois repas :

Teinture d'iode.....	25 grammes
Iodure potassium.....	5 —

Et l'on augmente d'une goutte par jour jusqu'au chiffre de dix gouttes chaque fois. Cela fait un total de trente gouttes par jour. On continue un mois. La teinture d'iode semble agir avec plus d'efficacité que l'iodure de potassium. Si elle n'était pas tolérée — ce qui arrive assez rarement quand on commence à faibles doses et que le malade n'est pas un dyspeptique, — on la remplacerait par l'iodure de potassium qu'on pourrait associer à l'arseniate de soude :

Arseniate de soude.....	0 gr. 05
Iodure de potassium.....	8 grammes
Eau distillée.....	300 —

Une cuillerée avant déjeuner et dîner.

Ce traitement est continué un mois. Les 15 jours suivants, on administre des strychniques ou les glycérophosphates comme toniques, car les malades sont souvent affaiblis et anémiés :

Teinture chardon bénit.....	10 grammes
— fèves Saint-Ignace. }	àà 5 —
— de noix vomique... }	

8 gouttes avant déjeuner et dîner dans un peu d'eau.

Ou bien :

Sulfate strychnine.....	0 gr. 02
Brucine.....	0 — 01
Sirop de menthe.....	100 grammes
Eau distillée.....	200 —

Une cuillerée à déjeuner et à dîner.

Les glycérophosphates seront alternés avec les strychniques :

Glycérophosphate de chaux. ..	0 gr. 30
— — magnésie.	0 — 15

P. 1 cachet. F. cachet n° 30. — Un avant les repas.

Au bout de 15 jours de cette médication, on revient à la teinture d'iode pendant un mois.

A côté de la teinture d'iode, la médication la plus active consiste dans l'emploi des bains de sable. Deux baquets de sable sont chauffés au four : quand le sable sera refroidi aux environs de 50°, le malade y plongera ses mains et ses pieds pendant 20 minutes matin et soir. A la sortie il pratiquera un massage sur les articulations douloureuses avec la pommade suivante :

Vaseline..... }	àà 20 grammes
Lanoline..... }	
Teinture thébaïque..... }	àà 5 —
— de noix vomique.. }	

Les bains d'air chaud rendront des services moindres.

Dans la clientèle aisée, les malades pourront être envoyés aux boues végéto-minérales chaudes de Dax, Saint-Amand, Balaruc.

Dans une thèse récente, M. le Dr Lecoconnier (*Th. Paris*, 1902) a recommandé les bains statiques et les résultats qu'il donne sont encourageants. Il a noté chez ses malades une amélioration rapide des troubles digestifs, une disparition de la douleur, une accélération de la nutrition. Les lésions osseuses sont infiniment plus longues à s'améliorer. M. Lecoconier tout en préconisant le bain électrique (10 minutes) et les procédés de l'aigrette (pointe métallique approchée du malade et mise en contact avec le pôle négatif de la machine) ou de la friction (boule d'un excitateur promenée sur des parties du corps recouvertes de laine, 3 à 5 minutes) rejette l'étincelle comme moyen trop violent et pouvant entraîner des contractures et des névrites.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Nouvelles applications de l'adrénaline. — Nous avons déjà parlé de l'adrénaline et de l'extrait de capsules surrénales (nos 20 et 29). Leurs avantages comme vaso-constricteurs ne sont plus mis en doute. Quelques travaux récents nous font revenir sur la question.

L'adrénaline s'emploie à la solution à 1/1000 pour l'usage externe ; à l'intérieur on prescrit cette solution à la dose de 0,50 à 2 gr. qu'on dilue dans de l'eau fraîchement bouillie. Soit :

Adrénaline (sol. au 1/1000).	0 gr. 50 à 2 gr.
Eau distillée ou fraîchement bouillie.....	60 grammes

A prendre par cuillerées toutes les cinq minutes.

L'extrait de capsules surrénales s'administre sous forme de tablettes renfermant chacune 10 centigr. d'extrait, 2 à 4 tablettes par jour.

Dans les cas d'*hémorragie*, le remède est fort

Digitized by Google

utile. Il a été prescrit avec succès dans les hémorragies gastro-intestinales et rectales, comme nous l'avons dit précédemment. M. le Dr Debraud (*Tribune Méd.*, 23 juillet), se félicite de son usage dans deux cas de métrorragies incoercibles de la ménopause. Après avoir mis en œuvre tous les traitements recommandés en pareil cas, il en était arrivé à envisager l'hypothèse d'une hystèrectomie dans un cas, et d'une castration dans l'autre. Chez la première malade, âgée de 52 ans, dès la première prise de la dose de 10 gouttes (0 gr. 50) de la solution au 1/1000, les pertes avaient diminué de moitié. Le lendemain 15 gouttes; l'amélioration continue. Le surlendemain 20 gouttes (1 gr.); dans la journée l'hémorragie s'arrête. M. Debraud diminue alors chaque jour le nombre des gouttes, mais en suivant la gradation inverse. Arrivé à 5 gouttes, il continue la même dose pendant une semaine. Guérison, en ayant soin de faire prendre les mois suivants, une semaine environ avant l'époque présumée des règles, 10 gouttes d'adrénaline. La seconde malade, âgée de 45 ans, fut améliorée tout de suite avec une dose plus forte (1 gr.); l'écoulement subit une notable diminution, mais la malade eut quelques accidents passagers, comparables à ceux de l'ivresse quinique : vertiges, obnubilations, tintements d'oreille. Des doses de 15 et 10 gouttes le lendemain et le surlendemain achevèrent la guérison.

M. le Dr Sauvez employa l'adrénaline dans l'*art dentaire* (*Société d'odontologie*, 10 juin); il s'en déclare très satisfait. Un simple badigeonnage permet d'arrêter immédiatement l'hémorragie qui succède à l'extraction des dents.

M. Gordon King (*Ann. des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez*, juillet 1902), considère l'adrénaline comme la substance la plus utile dans la pratique des *affections de l'oreille, de la gorge et du nez*.

En combinant son emploi avec celui de la cocaïne et de l'eucaïne, il est parvenu à opérer sans douleur et sans effusion de sang, comme l'avait déjà dit M. Lermoyez (n° 20 du *Journal des Praticiens*). En outre, il estime que le risque d'une hémorragie secondaire a moins chance de se produire, un caillot résistant ayant le temps de se former dans les vaisseaux pendant la période de vaso-constriction.

L'auteur se loue en outre de l'emploi de l'adrénaline dans l'ablation des végétations adénoïdes. Pour l'ablation des amygdales palatines, la meilleure façon d'obtenir l'hémostase est d'injecter quelques gouttes de la solution à 1/1000 dans chaque glande. Les interventions sur les polypes naso-pharyngiens, la staphylorraphie sont grandement facilitées par l'usage préliminaire de l'adrénaline.

Dans le service de M. Huchard, une hémorragie nasale a été arrêtée instantanément par pression sur la muqueuse d'une boulette de coton imbibée de la solution d'adrénaline au 1/1000.

En chirurgie auriculaire, le remède sera apprécié pour l'ablation des polypes et des granulations, le curettage de l'oreille moyenne.

D'autres applications ont été faites. Solis Cohen a publié un article sur l'emploi de l'adrénaline dans l'*asthme et la fièvre des foins*. E.-A. Schaeffer l'a injectée dans les veines en cas de *défaillance cardiaque et de choc opératoire*. Flœrsheim la recommande comme stimulant du cœur, Chassaignac s'en loue dans les *affections hémorragiques des voies génito-urinaires*.

M. le Pr A. Von Frisch (*Wien-Klin Woch*, 21 juillet 1902) s'en est servi pour l'examen cytoscopique. Une vessie saigne. Il l'emplit pour 3 ou 4 minutes d'une solution d'adrénaline à 1/10000 (100 à 150 cent. cubes); l'hémorragie cesse, l'examen est possible.

L'extirpation des tumeurs vésicales au moyen de la taille sus-pubienne a été pratiquée sans effusion de sang, moyennant un badigeonnage avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'adrénaline à 1/1000. Pour éviter la vaso-dilatation consécutive et l'hémorragie secondaire Von Frisch escharifiait ensuite la plaie au cautère actuel.

Deux autres applications de l'adrénaline, si elles sont vérifiées, rendront grand service aux praticiens.

La première a trait au *cathétérisme*. Il serait grandement facilité par l'instillation dans la région prostatique de 1 à 2 cent. cubes de la solution d'adrénaline à 1/1000.

Le seconde combattrait la *rétention d'urine*. Von Frisch a pu enrayer chez trois prostatiques une rétention d'urine, datant de plusieurs jours et de plusieurs semaines, par des instillations quotidiennes de 2 cent. cubes de la solution d'adrénaline à 1/1000 au niveau de la portion prostatique de l'urèthre.

Le traitement des intoxications a de son côté été enrichi par les applications de l'adrénaline.

Reichert emploie le remède dans l'empoisonnement par la morphine et par l'opium.

Le remède se distinguant par sa vertu anti-hémorragique, le praticien se trouvera bien d'y songer dans les cas d'hémoptysie, et en général dans toutes les affections qui se compliquent de pertes de sang graves.

L'adrénaline a aussi été utilisée dans les *maladies des yeux* où elle agit comme anti-congestif.

La conjonctive emflammée pâlit quand on verse dans l'œil une goutte d'une solution à 1/1000 (Letiévant, *Province Médic.*, 2 août). Associé à la cocaïne, l'adrénaline produit un effet à la fois anti-

Digitized by Google

congestif et calmant (catarrhes printaniers, épisclérites). Dans les cas de glaucome on adjoindra la pilocarpine à la cocaïne et à l'adrénaline (Darier).

M. Vignes se loue également de l'emploi de l'adrénaline. Dans les iritis ciliaires, elle facilite l'absorption des mydriatiques ; il en est de même pour les myotiques dans le glaucome. M. Terson emploie depuis plusieurs mois l'adrénaline. Dans les conjonctivites hypérémiques sèches et dans les sclérites, elle aide beaucoup la guérison (*Revue générale ophtalmol.*, 31 juillet).

Le remède a naturellement été employé dans les cas de *maladie d'Addison*. Les résultats ont été variables: mauvais pour Foa et Pelleciani; douteux pour Abelaire, Langlois, Charrin, Chauffard, etc., partiellement favorables pour Mahé (*Th. Paris*, 1894), Widal, Mayeur; favorables pour Beclère.

Or, voici que M. Hirtz (*Bullet. général thérapeut.*, 30 juillet 1902), vient de publier deux faits de guérison.

Le premier malade présentait des signes de tuberculose pulmonaire avec toux, amaigrissement, respiration rude, saccadée avec craquements aux deux sommets; pigmentation bronzée de la peau; pouls faible, rapide (110).

Le second malade ne présentait pas d'altération pulmonaire, mais il était faible, apathique, avait de la diarrhée. Les téguments étaient très pigmentés; la face interne des joues était couverte de plaques brunâtres.

Les deux malades furent traités par des injections de capsules surrénales (Formule de d'Arsonval).

Capsules surrénales.....	10 grammes
Glycérine.....	10 —

Les capsules sont divisées en fragments, et mises à macérer 24 heures dans la glycérine. On ajoute 5 gr. d'eau bouillie et salée Stérilisation par CO^2 sous pression, après filtration sur papier.

On injecte chaque jour 1 à 2 cc. du mélange dilué de parties égales d'eau bouillie. Beclère, sur son addisonien guéri, avait en outre employé des capsules de glandes à 10 centigr. (2 à 4 par jour).

Grâce à ce traitement, l'amélioration fut immédiate. Chez le premier malade de M. Hirtz, les signes de tuberculose disparurent, les sommets se scléroserent. Le malade gagna du poids et reprit des forces; chez le second malade, la pigmentation disparut et les forces se rétablirent. La diarrhée seule revint un certain temps, accompagnée de coliques diffuses.

Ces préparations de capsules surrénales sont assez délicates. Il est probable que le traitement par l'adrénaline (0,50 à 2 gr. de la solution à 1/1000), — plus simple à exécuter — assurera des résultats aussi favorables.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La solution salée-sodique en chirurgie. — L'antisepsie et l'asepsie ont à priori un but tout différent. La première considère la plaie comme infectée et se propose de détruire *in situ* les micro-organismes; la seconde considère la plaie comme non infectée et se propose simplement de la recouvrir d'un corps protecteur, l'isolant des surfaces avoisinantes toujours plus ou moins septiques. Des expérimentations rigoureuses ont montré que comprises ainsi l'antisepsie et l'asepsie n'ont aucune chance d'arriver au but qu'elles se proposent et qui est la guérison aseptique de la plaie : l'antisepsie, parce que la désinfection d'une plaie est impossible; l'asepsie parce que la contamination est inévitable. Voici quelques preuves à l'appui. D'une part la prise des liquides exsudés d'une plaie infectée, traitée par les antiseptiques, a généralement donné des cultures (saprophytes de l'épiderme) et la désinfection des mains infectées a toujours été incomplète. D'autre part, les pansements des plaies chirurgicales réunies par première intention renferment presque constamment des microbes. Ainsi, tout ce qu'on peut obtenir par l'antisepsie et l'asepsie c'est la contamination minimale de la plaie. Si malgré cette contamination minimale la plaie se cicatrise, c'est grâce à l'intégrité des *agents bactéricides de l'organisme* de l'opéré. Protéger l'action bactéricide des sucs de l'organisme et les exalter, si cela est possible, voilà le second but vers quoi doivent tendre nos efforts. Il est fort intéressant de noter que les deux méthodes thérapeutiques peuvent s'opposer et que les agents antiseptiques employés à trop fortes doses détruisent passagèrement le pouvoir bactéricide des humeurs de l'organisme. Heureusement employées à très faibles doses les solutions antiseptiques ont une action antiseptique minime, mais une action excitante positive sur la phagocytose.

Quels sont donc les divers procédés mis en œuvre pour la conservation de l'intégrité des agents bactéricides de l'organisme?

La rapidité opératoire est une méthode négative qui n'est pas applicable à tous les cas.

L'asepsie sèche donne de mauvais résultats. Walthard a montré que des anses intestinales de chat laissées à l'air vingt minutes sans aucune manœuvre opératoire contractent des adhérences entre elles, ce qui est en rapport avec les modifications microscopiques de l'endothélium, qui rappellent la nécrose, à la suite du contact prolongé avec l'air atmosphérique. Plusieurs opérations faites dans les mêmes conditions, sans toutefois laisser les organes exposés à l'action de l'air, mais en les recouvrant de com-

Digitized by Google

presses imbibées d'une solution salée-sodique ne laissèrent pas d'adhérences à leur suite.

L'asepsie humide est bien supérieure à l'asepsie sèche. M. Tavel (*Rev. de Chir.*) s'est efforcé de déterminer quelle était la solution la plus favorable et il s'est arrêté à la formule suivante : 0,75 pour 100 de chlorure de sodium, 0,25 pour 100 de carbonate de soude. Dissous dans de l'eau cuite et chauffés le sel et la soude donnent un précipité floconneux qui dépose assez rapidement. En pratique donc on fera bien de cuire la solution et de la laisser déposer dans un récipient cylindrique ayant un robinet à 3 centimètres du fond. Cette solution provoque une leucocytose assez forte, a une action chimiotaxique positive et excite les fonctions antibactéricides de l'organisme, sans nuire aux tissus comme les solutions antiseptiques. C'est ainsi que Walthard ouvre le ventre d'un lapin et pendant une heure fait tremper ses intestins dans un bain de solution salée-sodique à 37°. Le lapin guérit. Un mois après, à l'autopsie, on constate une cavité abdominale libre d'adhérences. La solution salée-sodique est préférable à l'eau ordinaire pour la stérilisation des objets de pansement. La cuisson des fils dans la solution est la même que la cuisson dans l'eau au point de vue des résultats. Cependant la solution de borax à 2/100 dans laquelle les instruments ne rouillent pas et ne deviennent pas glissants, doit lui être préférée. Les résultats cliniques sont des plus satisfaisants. — R. B.

DERMATOLOGIE

Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. — Les indications et contre-indications de la photothérapie. — Les résultats obtenus par Finsen sont confirmés par différents auteurs. MM. Leredde et Pautrier ont publié une statistique (*Bul. de la Soc. de Dermat.*, avril 1902), portant sur 43 malades atteints de lupus tuberculeux de la face, et 33 atteints de lupus érythémateux, et soignés par la photothérapie. Le nombre de guérisons est considérable. A quelques exceptions près, les malades guéris par la photothérapie étaient incurables par les autres méthodes; il s'agissait de sujets malades depuis 5, 10, 20 ans, traités par tous les moyens anciens, sans résultat définitif, améliorés seulement. Le Dr Leredde déclare qu'à l'heure actuelle plus qu'autrefois, le lupus est curable, et que le médecin ne doit employer que les méthodes curatives qui sont peu nombreuses : ablation, cautérisation, scarification, photothérapie dans le lupus tuberculeux ; plus nombreuses dans le lupus érythémateux, où en particulier les courants de haute fréquence peuvent donner des résultats curatifs.

Mais M. Leredde veut aller plus loin ; il a cherché à établir des règles générales, pouvant guider tout médecin dans les cas particuliers qu'il a à soigner. Ces règles sont exposées dans le travail ci-dessus, sous forme de conclusions dont nous rapportons la teneur.

Lupus tuberculeux : 1° *Lupus tuberculeux de la face.* — La photothérapie est indiquée dans les cas de lupus tuberculeux qui ont résisté aux autres méthodes.

Les résultats sont incertains :

a) Dans le lupus avec épaississement considérable des tissus, type végétant, type éléphantiasique limité ou généralisé;

b) Dans les lupus où les autres méthodes ont déterminé une sclérose profonde.

a) Dans les lupus végétants, il est indiqué de réduire le volume des tissus, par les scarifications ou les caustiques, tels que le permanganate. La photothérapie peut alors produire ses effets curatifs.

Dans les lupus éléphantiasiques, la photothérapie échouera en général. On essaiera toutefois ses effets sur quelques points avant d'y renoncer, car ces lupus ne relèvent actuellement d'aucune méthode thérapeutique régulière.

b) Dans les lupus sclérosés par les autres méthodes, on devra également essayer la photothérapie, car ces lupus sont en thèse générale incurables par tout autre procédé.

A l'heure actuelle, le médecin ne doit plus traiter indéfiniment un lupus tuberculeux par les anciennes méthodes, sous peine de le transformer en lupus définitivement incurable.

La photothérapie est contre-indiquée dans les lupus jeunes, qui peuvent guérir par l'ablation avec réunion par première intention. Nous faisons exception pour des jeunes filles ou des jeunes femmes chez lesquelles les conditions esthétiques pourraient conduire à employer une méthode plus longue que la méthode chirurgicale.

2° *Lupus tuberculeux du tronc et des membres.* — La photothérapie est contre-indiquée dans les lupus du tronc et des membres qui peuvent guérir plus rapidement par les autres méthodes, en raison de l'existence d'un plan de clivage hypodermique qui limite en général leur progression profonde (Leredde) (1). S'ils ne guérissent pas toujours, il faut en accuser l'éducation dermatologique incomplète de beaucoup de médecins, l'insouciance des malades, enfin l'application trop superficielle de méthodes qui ne peuvent être curatives qu'à la condition d'inté-

(1) Leredde. Les indications de la photothérapie. *Presse méd.*, sept. 1901.

Digitized by Google

resser les lésions dans toute leur étendue, en surface et en profondeur.

Dans les tuberculoses des extrémités, la photothérapie est inapplicable à cause de l'hyperkératose et de l'acanthose qui empêchent la pénétration des rayons chimiques.

Lupus érythémateux. — 1° La photothérapie est contre-indiquée dans le lupus superficiel aberrant, curable par d'autres méthodes, en particulier les courants de haute fréquence. Elle ne pourrait être appliquée que dans des lupus reparaissant à chaque poussée aux mêmes points et résistant aux autres méthodes.

2° Dans la forme fixe sans tendance à la régression atrophique, la photothérapie est indiquée après échec des autres méthodes.

3° Il en est de même dans la forme fixe à tendance atrophique. Ici comme dans le lupus tuberculeux de la face, les autres méthodes ne doivent être employées que pendant un temps court.

Tout lupus érythémateux doit être traité avec énergie dès son début. Plus il persistera, plus il deviendra profond, il sera plus rebelle (Finsen).

4° Les lupus érythémateux qui ont résisté à la photothérapie bien faite, peuvent être traités par la radiothérapie ou la radiumthérapie. Limités et dans certaines régions ils peuvent être justiciables de l'ablation.

La photothérapie nous paraît contre-indiquée d'une manière générale dans le lupus érythémateux n'occupant pas la face.

Un mot pour finir.

La photothérapie peut-elle se combiner à d'autres méthodes de traitement? Nous avons vu dans quelles conditions elle peut être employée à leur suite. Mais nous croyons en principe inutile ou dangereux d'employer, pendant qu'on fait de la photothérapie, d'autres méthodes, par exemple, les scarifications et les cautérisations. La condition de succès de la photothérapie, c'est la pénétration des rayons chimiques à travers les régions malades. Les scarifications, les cautérisations ne peuvent que la rendre plus difficile et il faudra des preuves absolues de leur utilité pour que nous revenions sur notre opinion.

CLINIQUE MÉDICALE

Le pemphigus aigu. — Le plus souvent, le pemphigus est une affection chronique évoluant par poussées ; le type en est le pemphigus de Duhring ou dermatite herpétiforme. D'autres variétés sont voisines de cette affection : le pemphigus foliacé, dans lequel les bulles se crèvent et s'affaissent aussitôt, de sorte que la première période de l'éruption passe souvent inaperçue et que la peau se recouvre rapidement de squames abondantes, minces et ges qui tombent et se renouvellent incessamme pemphigus végétant de Neumann, caractéris l'éruption de vésico-pustules ou de bulles qui viennent végétantes et s'accroissent par progre excentrique. A côté de ces formes chronique existe des formes aiguës. C'est leur étude M. Léopold Chabert a entreprise dans un tr récent *(Paris, J. Rousset, 1902)*.

Le pemphigus aigu peut être bénin, c'est le plus fréquent ; rarement il aboutit à la m s'observe surtout chez les jeunes sujets ; néan l'auteur publie l'observation d'un malade âg 53 ans. Chez ce dernier atteint de cirrhose du le streptocoque entraîna des suppurations bulle et le malade succomba au bout de quelques sem dans le coma, la température s'élevant à cer jours (T. maxima 39° 8) et restant apyrétiq d'autres temps. Certains auteurs admettent qu pemphigus aigu peut régner d'une façon épidém en pareil cas une plaie infectée a pu marque début de l'affection. M. Chabert regarde du re pemphigus aigu comme une maladie sceptiqu laquelle peut être l'expression de germes micro divers. Des streptocoques, des diplocoques, d tres micro-organismes peuvent être rete liquide des bulles claires. L'éruption fait suite phénomènes plus ou moins graves (fièvre, cou ture, malaises, parfois vomissements, frissons, ma nie); elle est très prurigineuse et s'annonce par taches légèrement saillantes, suivies rapidem bulles qui se répandent d'une façon discrète partie supérieure du corps de préférence, ou ce généralisent dans quelques cas. Le volume des est variable, il peut aller jusqu'à celui d'un d'oie. Les muqueuses (lèvres, bouche, pharynx, jonctives, organes génito-urinaires) peuvent envahies. Si l'affection prend une forme malig observe une adynamie profonde, de la fièvre bulles à contour séro-sanguinolent, des hém gies du nez, intestinales et pleuro-pulmonaires

On fera le diagnostic avec les érythèmes polym phes bulleux où d'autres éléments éruptifs, erythèmes, vésicules, papules, sont mêlés aux bulles. le pemphigus syphilitique les bulles sont pe entourées d'une auréole cuivrée et elles font place une ulcération et à des cicatrices caractéristiques la syphilis. Elles siègent aux pieds et aux mains éliminera encore les pemphigus consécutifs à application irritante externe ou une injection cat camenteuse (cantharide, lotion au sublimé); on ne gera pour les écarter aux pemphigus d'origine ma camenteuse ; pemphigus cadique, pemphigus à cubèbe. La fièvre herpétique et la varicelle, par

Digitized by Google

t volume des éléments et leur ombilication dans aricelle, permettront aisément le diagnostic.

'ans les formes bénignes, on se comportera ıme en face d'une infection légère : désinfection :ube digestif par un purgatif. On traitera le pemgus localement par l'application de poudres rtes et quand les bulles ont laissé l'épiderme à nu, les bains et l'application de liniment oléo-calre phéniqué à 1/100 ou à 1/200 recouvert ıate.

'ans les formes malignes, on se comportera ıme devant les grandes infections : on prescrira ulfate de quinine à hautes doses : 1 gr., 1 gr. 50. désinfectera la peau, dans les formes gangréneupar les bains totaux légèrement antiseptiques, pansera le malade au liniment oléo-calcaire.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

iabète azoturique ou vésanie de la faim. Boulimie ıée. — MM. DE MASSARY et CIVATTE. Femme forte, obèse, ınt 94 kilogs avec une taille qui ne dépasse pas 1m54. yphagie considérable ; azoturie excessive (60 à 100 gr. s les 24 h.) élimination exagérée d'acide phosphorique 10 gr.) et de chlorures (16 à 20 gr.). Malgré l'azoturie dure depuis 6 ans, l'obésité a persisté ; de plus, des ubles psychiques bizarres font cortège. La malade est ıédée par l'idée de manger de la viande ; elle se précipite ez les bouchers pour y dévorer à pleine bouche de la nde crue. Ne s'agirait il pas, dans l'espèce, plutôt que n diabète azoturique, d'une véritable vésanie de la faim, ne sorte de boulimie portant exclusivement sur les nents carnés ?

n cas de noma. — M. GALLIARD. Jeune fille de 20 ans ; hare à la face interne de la joue gauche, plaque gangré ıse moins étendue à droite, ulcération des gencives et la muqueuse des lèvres. Guérison après cautérisation thermocautère et irrigations boriquées, phéniquées, puis partir du deuxième jour, lavages à l'eau oxygénée au ième. Les jours suivants, badigeonnages avec la solun de permanganate à 1 pour 2.000. L'examen du sang a ntré parmi les formes leucocytaires, une notable protion de polynucléaires (90/100) ce qui indique l'énerue défense de l'organisme. On ne relève que le surmeje et une mauvaise hygiène de la bouche avec dents iées comme cause du mal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Kyste hydatique du rein droit. — Une femme de 44 ans tre dans le service de M. PLUYETTE (de Marseille), pour e masse occupant le flanc de l'hypochondre droit, arron-e, rénitente, mate, difficilement séparable du foie. On diagnostique hydronéphrose ou kyste hydatique du rein. L'opération confirme ce dernier diagnostic. Le kyste est vidé et le rein atrophié enlevé. On aperçoit alors à la face inférieure du foie la vésicule remplie de calculs. M. Pluyette incise la vésicule, en extrait 140 petits calculs et la suture. Guérison.

M. Pluyette compare à ce propos les différents procédés employés contre le kyste du rein : la néphrostomie, la néphrectomie, le capitonnage de Pierre Delbet, auxquels il faut ajouter, comme le fait remarquer M. Terrier, l'ablation du kyste et la résection partielle du rein.

Deux cas d'obstruction intestinale par calcul biliaire. — Une femme de 79 ans n'ayant comme histoire hépatique que l'apparition d'une douleur du côté droit avec irradiations dans l'épaule, trois semaines avant le début des accidents, est prise brusquement de coliques violentes avec vomissements, arrêt des matières et des gaz. Six jours après, M. Lévêque (de Saint-Germain-en-Laye), après anesthésie locale à la cocaïne, fait l'incision de l'appendicite et trouve enclavé dans une anse du grêle, rétractée sur lui, un corps dur, ovoïde, rappelant les scybales qu'on rencontre d'ordinaire dans le gros intestin. Ce corps est tellement enchatonné qu'un essai prudent de mobilisation est infructueux ; à son niveau la paroi intestinale est normale. Un aide faisant la coprostase digitale, M. LÉVÊQUE incise alors l'intestin longitudinalement, en retire un calcul biliaire et ferme la plaie par un double surjet à la soie. Un fil passé dans le mésentère près de son insertion à l'intestin vient fixer l'anse intéressée à proximité de la plaie abdominale. On laisse une mèche et un drain. Première émission gazeuse au bout de 36 heures ; première garde-robe 48 heures après l'opération. Guérison.

Une femme de 64 ans sans antécédent biliaire est atteinte depuis 4 jours d'accidents aigus d'occlusion intestinale. M. Lévêque l'opère avec l'anesthésie locale à la cocaïne qui est remplacée par le chloroforme au milieu de l'opération, tellement les douleurs sont vives. Incision sur le bord externe du grand droit du côté droit. On trouve dans la profondeur du ventre, près du bassin, une anse grêle obstruée par un corps dur assez volumineux pour distendre l'intestin. Comme l'anse ne peut être amenée dans la plaie et qu'il est impossible d'agir dans la profondeur, l'opérateur parvient à mobiliser le calcul et à le faire avancer de 15 centimètres du côté de la plaie ; à cet endroit il est alors facile de l'extraire et de suturer comme plus haut la plaie intestinale. La mort survient 37 heures après l'opération. L'autopsie révèle de la péritonite due à la gangrène de l'anse profonde où était le calcul. Il y avait une fistule cystico-duodénale par où a dû passer le calcul pour tomber dans l'intestin, mais actuellement plus petite que lui, la cicatrisation ayant dû rétrécir la fistule.

M. Rochard, rapporteur, constate que dans tous les cas d ileus biliaire, le tableau est à peu près le même. Il s'agit de vieilles femmes sans passé hépatique. Dans la forme

Digitized by Google

chronique, qui est la plus fréquente, la rétention est d'abord modérée et les vomissements sont tardifs ; ici, d'emblée les vomissements deviennent fécaloïdes. Le diagnostic étiologique dans les deux cas est impossible à faire. Le traitement consiste à faire la laparotomie médiane suivie de l'entérotomie, suivie elle-même de la suture. S'il y a sphacèle de l'intestin il faut pratiquer l'entérectomie et la suture bout à bout, ou, si le malade est trop faible, attirer l'anse malade et la fixer au dehors.

MM. Reynier, Terrier et Tuffier insistent sur la nécessité de traiter avec soin l'anse intestinale qui contenait le calcul.

Adénome de l'uretère. Extirpation. Guérison. — M. Albarran a enlevé par la voie de la taille sus-pubienne, un adénome papillaire inséré sur la partie terminale de l'uretère et faisant saillie dans la vessie. Un point de suture ferma la surface d'implantation saignante; le cathétérisme de l'uretère le montra perméable jusqu'au bassinet. Guérison. Pronostic éloigné réservé.

Gastro-entérostomie. — M. Walther présente un homme qui avait les symptômes cliniques d'une sténose du pylore et sur lequel lequel l'examen du chimisme stomacal en montrant l'hyperchlorhydrie et la richesse en peptone du suc gastrique, permettait de faire porter le diagnostic de rétrécissement simple non cancéreux. La laparotomie révéla une volumineuse tumeur pylorique adhérente profondément avec une grande profusion de ganglions le long de la petite courbure et dans l'épiploon gastro-hépatique. On dut se contenter de faire la gastro-entérostomie. Ainsi, est encore une fois prouvé le peu de valeur de l'hyperchlorhydrie dans le cancer de l'estomac.

M. Ricard demande à M. Walther pourquoi il n'a pas pris un ganglion pour l'examiner.

M. Tuffier pense que l'examen du sang eût pu donner des résultats intéressants. Pour lui, c'est dans l'hématologie qu'est la clef du problème.

Sarcôme du rein. — M. Jalaguier présente une fillette opérée à 19 mois, par néphrectomie transpéritonéale d'un volumineux (800 grammes) sarco-rhabdomyô-adénome du rein droit. Cette tumeur s'est probablement développée aux dépens d'inclusions embryonnaires (inclusions protovertébrales et de débris du corps de Wolff) remontant aux premiers débuts de la formation du rein.

M. Broca pense que ces tumeurs récidivent presque toujours.

Une prostate et un calcul vésical, enlevés par prostatectomie périnéale, sont présentés par M. Bazy. — R. B.

BIBLIOGRAPHIE

Loi sur la protection de la santé publique (*loi du 15 février 1902*). **Travaux législatifs, guide pratique et commentaire**, par Paul Strauss, député de la Seine et A. Fillassier, docteur en droit.

La loi sur la santé publique (15 février 1902) est animée d'un excellent esprit. Elle mérite l'approbation du corps médical. Tout serait pour le mieux s'il était bien entendu que la politique ne s'immiscera jamais à l'hygiène. Ce n'est pas le cas pour bien des municipalités et cela est fort malheureux. Quoi qu'il en soit, les commentaires de MM. Strauss et A. Fillassier sont rédigés avec clarté. Ils rendront service aux praticiens désireux d'être renseignés sur l'interprétation précise des textes.

La guérison de la morphinomanie sans souffrance, par le Dr Oscar Jennings. Traduit de l'anglais, par M. Albert Ball. 1 vol. in-16 de 230 p. Maloine, édit.

L'auteur préconise une méthode particulière de traitement où l'action psychique et thérapeutique se prêtent une mutuelle assistance. La rééducation de la volonté, voilà le grand point à obtenir et pour ce, la séquestration des malades n'est pas nécessaire. Quelques pratiques thérapeutiques aident à l'action psychique : tel le remplacement des injections hypodermiques par des injections rectales. On donnera par le rectum une dose deux fois plus forte que celle supprimée par la peau ; car un gros sacrifice à exiger du malade est la renonciation à la seringue. Ensuite et *très lentement*, on diminue peu à peu la dose de morphine contenue dans l'injection rectale. L'auteur repousse donc le traitement rapide et procède sans se hâter. Il accorde en outre une grande importance au bicarbonate de soude pris à l'intérieur, car il estime qu'une des grandes causes du besoin de la morphine est l'hyperacidité de l'estomac. L'emploi des bains d'air chaud, en éliminant peut-être l'oxy-dimorphine qui se forme dans les tissus et qui cause l'état de besoin de la morphine, cet emploi des bains chauds est fortement préconisé par l'auteur.

De la blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité, par le Dr A. Fruhinsholz, *chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy*. In-8° de 180 p. J.-B. Baillière, édit.

Travail d'ensemble très documenté où sont établies les relations de la blennorrhagie avec la grossesse et la puerpéralité. De pareils mémoires font honneur à l'activité des Facultés provinciales. M. Fruhinsholz a conçu son étude sous les auspices de M. le Pr Herrgott (de Nancy).

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinonaturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger

Paris. — Imp. Charles Blanchet, 27, rue Saint-Roch.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La goutte et les goutteux

Par M. le Dr BOULOUMIÉ

Quand un maître cède sa place à un de ses auditeurs habituels, ce n'est pas, je suppose, pour qu'il vienne exposer devant ses élèves ce qu'ils peuvent trouver dans tous les traités classiques, mais bien pour qu'il leur fasse part des connaissances spéciales qu'il a pu acquérir par son expérience propre et ses recherches personnelles. C'est ainsi, du moins, que je comprends mon rôle en ce moment. Aussi, passerai-je rapidement sur plusieurs points du sujet que M. Huchard a bien voulu me demander de traiter devant vous « *la goutte et les goutteux* », pour n'insister spécialement que sur quelques-uns.

Je définirai la *goutte* : *Une maladie de nutrition, constitutionnelle, le plus souvent héréditaire, caractérisée par une dyscrasie dite uricémie, se traduisant par une série de manifestations dites arthritiques et spécialement par des fluxions, surtout articulaires, et des dépôts uratiques.*

Cette définition est, je le sais, loin d'être parfaite au point de vue académique, comme le sont d'ailleurs la plupart des définitions médicales, mais elle me paraît avoir l'avantage d'être suffisamment explicite et compréhensive pour caractériser et englober tout ce qui constitue la goutte et en dépend. Quelques mots sur chacun de ses termes vous en feront juger, et vous diront ce qu'il est indispensable de savoir pour bien connaître et bien traiter la goutte et ses manifestations.

La goutte est une maladie de nutrition. — Qu'avec Lecorché on admette dans la goutte une augmentation des échanges moléculaires avec exagération de la désassimilation, aboutissant à un excès de production d'urée, de bases et d'acide urique ; qu'avec Béneske et avec Bouchard on admette un ralentissement de la nutrition, c'est-à-dire une transformation en un temps donné, d'une quantité insuffisante des matières organiques (alimentaires ou nutritives), en eau, acide carbonique et urée, ou un arrêt à des degrés inférieurs de cette métamorphose aboutissant à un excès de production de composés organiques fixes ou volatils, acides pour la plupart ; que l'on admette l'hypothèse qui a nos préférences, parce qu'elle concorde mieux que les précédentes avec les faits cliniques, d'une aberration nutritive, tantôt par exagération (période d'hyperfonction en début généralement), tantôt par insuffisance ou ralentissement (période d'hypofonction, consécutive habituellement), suivant les individus et les périodes de la maladie, aboutissant à une auto-intoxication, on en arrive toujours à reconnaître dans la goutte une maladie de nutrition.

Si même, voulant remonter à la cause première de cette aberration nutritive, ce qui est d'ailleurs fort légitime, on la cherche, avec Dyce Durkworth et avec Lancereaux notamment, dans un trouble de l'innervation, on ne s'en trouve pas moins en présence d'un trouble nutritif évident, aboutissant à la présence dans l'économie d'un excès d'extractifs et spécialement d'acide urique, dont la solubilité est diminuée, et dont la précipitation est facilitée par la concomitance d'un excès d'acides organiques, fait qu'on constate aisément par l'examen et l'analyse répétés des urines. C'est là précisément ce qui ne me permet pas de faire d'un trouble d'innervation la caractéristique de la goutte, et de considérer celle-ci comme une pure névrose, vaso motrice au début, vaso-trophique plus tard, tout en reconnaissant qu'un trouble d'innervation primitif peut seul expliquer dans certains cas le développement de la maladie et l'apparition de ses manifestations. J'ai vu des malades chez qui il ne s'est manifesté dans la goutte qu'à la suite d'émotions suivies ou de surmenage intellectuel, et plusieurs autres chez lesquels ces causes ramenaient les accès.

Peut-on, d'autre part, la considérer comme une maladie d'origine organopathique ?

Pas davantage, selon moi, car s'il y a, et cela est certain, des organopathies goutteuses pouvant être considérées, les unes, comme des agents de production exagérée, les autres comme des agents de rétention de l'acide urique et autres déchets azotés alimentaires ou nutritifs à oxydation incomplète, elles ne peuvent être considérées comme la cause première ou unique de la goutte, qu'il s'agisse du rein comme le voudrait Garrod, qu'il s'agisse du foie comme tente à le croire Lecorché, et comme le voudraient Murchison et surtout Glénard ; qu'il s'agisse des globules blancs exclusivement ou même du tissu conjonctif qui, jusqu'à présent considéré presque exclusivement comme simple tissu de charpente, de soutien, de séparation des tissus nobles, paraît mériter d'être considéré comme le milieu interne le plus actif de l'économie en raison de l'importance de certains de ses éléments dans les actes de la nutrition et de défense de l'organisme.

Une seule théorie organopathique concorderait avec les faits aussi bien qu'avec les constatations du laboratoire ; c'est celle qui, voyant dans la nucléine l'élément de formation de l'acide urique attribuerait la goutte à l'exagération de sa production, non seulement dans les globules blancs, mais encore dans toutes les cellules des divers tissus de l'économie, qui toutes contiennent de la nucléine. Mais alors cette théorie organopathique ne revient-elle pas à une

Digitized by Google

théorie d'aberration nutritive ? Nous sommes donc bien fondé à dire que de quelque manière qu'on l'envisage, la goutte est une maladie de nutrition.

La goutte est une maladie constitutionnelle. — Pour se convaincre que la goutte est bien une maladie *totius substantiæ*, et que le vieil aphorisme : *Totum corpus et podagra*, est l'expression de la vérité ; il suffit, connaissant bien la goutte, de l'observer dans ses manifestations multiples et diverses, chez les goutteux héréditaires, de l'enfance à la vieillesse, se poursuivant pendant toute la vie plus ou moins modifiée, suivant les âges et les circonstances diverses internes ou externes, préparant le terrain à certaines affections surajoutées, notamment du côté de la peau et des muqueuses, imprimant son cachet à la plupart des accidents morbides qui peuvent survenir éventuellement.

D'autres arguments justifient encore ce terme de maladie constitutionnelle, c'est que l'observation montre d'une part qu'il faut pour devenir goutteux certaines prédispositions, et qu'ils ont dit vrai, ceux qui ont dit : « Ne devient pas qui veut obèse ou goutteux » ; et d'autre part, que, malgré toutes les précautions hygiéniques et autres, certains individus voués à la goutte par l'hérédité n'arrivent pas à y échapper.

C'est ainsi qu'on ne voit jamais, nous dit Em. Legrain, l'obésité, la goutte chez les indigènes musulmans d'Agérie, tandis qu'elle est très fréquente chez les européens du littoral africain, de même les lithiases urinaire et biliaire qui, les unes et les autres procèdent de la goutte. Les anglo-saxons au contraire sont très prédisposés à la goutte, qui les atteint souvent. Il en est de même des juifs : la constatation suivante, de Em. Legrain, le confirme : « Dans les oasis du Sahara septentrional, on trouve des juifs établis depuis plusieurs siècles, vivant de la même vie que les musulmans, mais se mariant toujours entre eux. Or, tandis que les musulmans en sont exempts, les juifs des oasis fournissent une proportion notable de cas d'*épilepsie*, d'*hystérie*, d'*obésité*, de *goutte*, de *coliques néphrétiques*, etc. »

Il y a donc dans la genèse de la goutte une prédisposition individuelle, familiale ou ethnique qui fait bien d'elle une maladie qu'on peut justement taxer de constitutionnelle.

La goutte est le plus souvent héréditaire. — J'entends par ces mots que la goutte observée chez un sujet lui a été transmise le plus souvent par ses ascendants, autrement dit que la goutte acquise est beaucoup plus rare que la goutte héritée et de plus que le descendant du goutteux échappe rarement à la goutte, sans toutefois que cette hérédité soit fatale, en raison des atténuations que peut lui faire subir un des deux producteurs s'il en est absolument indemne et surtout s'il présente des conditions biochimiques et physiologiques contraires à l'éclosion de la goutte.

On lit dans les auteurs que l'hérédité goutteuse se manifeste dans environ 50 0/0 des cas. Tenez pour certain, mon expérience personnelle me permet d'être affirmatif sur ce point, qu'elle est en réalité beaucoup plus fréquente que cela. Les auteurs, en effet, qui ont donné ces chiffres paraissent n'avoir eu généralement en vue que l'hérédité des manifestations typiques de la goutte, celle des manifestations articulaires. Or, ainsi que j'aurai l'occasion de vous le montrer, les manifestations articulaires qui sont, il faut le reconnaître, les manifestations typiques, classiques de la goutte, celles qui pour ainsi dire crèvent les yeux du malade et du médecin, ne sont certainement pas aussi fréquentes que toutes les autres manifestations aussi goutteuses assurément, mais moins éclatantes que celles ci. Chez la femme notamment, chez qui la goutte n'est guère moins fréquente que chez l'homme, l'accès articulaire est rare et ne se montre le plus souvent que vers la ménopause. Il en est de même chez l'enfant, chez qui l'accès de goutte articulaire est une rareté. J'en ai pourtant observé quelques cas.

La goutte est caractérisée par une dyscrasie dite uricémie. — Depuis la découverte faite par Garrod, en 1848, de la présence de l'acide urique dans le sang des goutteux, il ne saurait y avoir de doute sur l'état de dyscrasie urique ou d'uricémie chez ces malades. La constatation de la présence d'acide urique dans le sang des malades atteints de maladie autre que la goutte et n'ayant pas, malgré cet état dyscrasique accidentel, d'accès de goutte, n'infirme pas la valeur de cette constatation. Elle ne témoigne que d'une chose, c'est que si l'uricémie existe chez tous les goutteux, elle ne suffit pas, quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'est produite, pour provoquer la goutte, et c'est ici le cas de dire que si je n'ai pas admis la théorie qui fait procéder uniquement la goutte d'un trouble fonctionnel des globules blancs et du tissu connectif en général, pas plus que les théories qui placent la goutte sous la dépendance directe d'un trouble du système nerveux ou de la glande hépatique : c'est parce que ces théories, si elles sont fondées sur une part de vérité si importante qu'elle soit, ne représentent pas la vérité tout entière ; aussi, suis-je d'avis qu'à défaut d'une théorie incontestable en tous points, on doit se rattacher à celle qui concorde le mieux avec les faits cliniques et trouve sa confirmation dans les résultats de la thérapeutique qu'elle a inspirée.

Quelles que soient les divergences de vues, en ce

Digitized by Google

qui concerne le mode de production et les causes de présence en excès d'acide urique dans le sang, cette présence en excès paraît être constante chez les goutteux; mais il faut bien savoir qu'ici le mot constante ne signifie pas permanente, surtout à un degré déterminé, et qu'il y a des différences très grandes dans la teneur en acide urique du sang chez les goutteux d'une période à une autre, parfois même d'un jour à l'autre; le phénomène des urines alternantes en témoigne, de même que l'état des urines avant et après l'accès de goutte. Il faut savoir aussi que l'acide urique, seul visé par le mot uricémie, ne paraît pas être l'élément producteur exclusif de la goutte et que les divers déchets nutritifs ou alimentaires provenant des albuminoïdes constituant la série des corps xantho-uriques paraissent jouer aussi un rôle important dans la dyscrasie goutteuse. Ayant fait depuis 30 ans bientôt une moyenne annuelle d'un millier d'examens d'urine, et fait dans la moitié environ des cas des analyses qualitatives et quantitatives portant notamment sur l'albumine, le sucre, l'urée, l'acide urique et les corps xantho-uriques, les phosphates, les peptones, je crois pouvoir, tout en reconnaissant que ces analyses cliniques faites par moi ou par mes aides, par des procédés volumétriques, n'ont pas toute la précision scientifique désirable, affirmer qu'il en est ainsi et que chez les goutteux l'excès des divers corps de la série xantho-urique est aussi fréquent, sinon plus fréquent, que l'excès d'acide urique et que les peptones, témoignant elles aussi d'une nutrition imparfaite et d'une insuffisance absolue ou relative du foie, se rencontrent très fréquemment dans l'urine des goutteux. Or, ces substances n'étant pas des produits de la sécrétion rénale, mais des produits ne faisant que traverser le filtre rénal, il faut bien admettre qu'elles proviennent du sérum sanguin et conséquemment qu'il y a chez les goutteux une dyscrasie qu'on peut continuer sans inconvénient à appeler uricémie, tout en sachant que par ce terme il faut entendre une dyscrasie liée à la présence dans le sang non seulement d'acide urique mais encore d'autres déchets organiques de la série des corps xantho-uriques. On est donc bien fondé à dire que la dyscrasie dite uricémie est la caractéristique bio-chimique de la goutte.

La goutte se traduit par une série de manifestations dites arthritiques et spécialement par des fluxions surtout articulaires et des dépôts uratiques.

L'uricémie, comprise comme je viens de vous le dire, est la caractéristique bio-chimique de la goutte, mais les mots de goutte et d'uricémie ne sont pas pour cela synonymes, puisqu'il y a des uricémies sans qu'il y ait goutte; aussi ne faut-il pas, comme on le fait quelquefois, employer indistinctement ces deux termes, il en est de même du mot arthritisme.

Sous le nom d'arthrites, qui a été conservé, les anciens désignaient toutes les maladies dont les manifestations articulaires sont la caractéristique apparente, réservant à ces manifestations des noms différents, suivant leur siège. Cette acception est encore admise aujourd'hui, englobant une série de manifestations que la clinique a reconnues être de même origine, parce qu'on les retrouve, isolées ou multiples, dans les antécédents pathologiques ou dans les antécédents héréditaires, ou bien encore qu'on les voit se développer le plus souvent antérieurement et parfois ultérieurement aux manifestations articulaires, soit chez le sujet même, soit dans sa descendance.

Lancereaux, qui en a fait une étude des plus remarquables, substitue le mot herpétisme au mot arthritisme, comme du reste, l'avait fait déjà Gigot-Suard, mais sans nécessité, à mon sens. Le terme d'arthritisme valait en effet à tous égards celui d'herpétisme, ayant pour lui des droits acquis au choix comme à l'ancienneté. Lancereaux voudrait réserver le terme d'arthritisme (1) « à une maladie générale d'origine infectieuse, le rhumatisme articulaire aigu, avec ses localisations multiples sur les synoviales, le péricarde, l'endocarde et toutes leurs graves conséquences : symphyse cardiaque, rétrécissement des orifices du cœur, embolies, hydropisies, etc., etc. » Or, s'il paraît bien certain aujourd'hui qu'il y a une maladie infectieuse, microbienne, qui est le rhumatisme articulaire aigu avec ses diverses conséquences infectieuses, dont la plupart sont celles-ci, il est tout aussi certain qu'il existe d'autres états morbides du même ordre, caractérisés eux aussi par des arthropathies simulant ce rhumatisme (notamment certaines arthropathies tuberculeuses et scarlatineuses) et de plus les arthropathies toxiques aiguës ou subaiguës et surtout des formes diverses de rhumatisme chronique procédant d'un état constitutionnel, qui sont précisément celles que la tradition désigne du nom d'arthritis ou plus communément d'arthritisme, parce qu'en langage courant on ne sépare pas l'idée de la manifestation de celle de sa cause.

Cet état constitutionnel paraît être manifestement en rapport avec un trouble nutritif portant spécialement sur le tissu conjonctif qui, originellement ou accidentellement plus vulnérable qu'à l'état normal, présente une susceptibilité toute particulière et une tendance marquée à l'hyperplasie, à la transformation fibreuse, au relâchement (2), s'accusant surtout du côté des articulations.

(1) Lancereaux. Traitement de l'herpétisme, *in Traité de thérapeutique appliquée*, de Alb. Robin, 1er fasc., p. 31.

(2) Théorie spécialement soutenue par Henlz, H. Cazalis, Hanot.

Digitized by Google

Il n'y a donc pas lieu d'enlever à cet état constitutionnel la dénomination d'arthritisme, et à ses manifestations celle de manifestations arthritiques.

Voyons dès lors comment en clinique on doit envisager l'arthritisme.

Il faut, pour le bien traiter, le bien comprendre. Pour vous le faire bien comprendre, je vous demande la permission de hasarder une comparaison. Figurez vous un arbre qui aurait fourni deux drageons, dont l'un aurait été planté dans un sol médiocre et à une exposition mauvaise, où il aurait été laissé sans soins, à l'ombre, au froid, à l'humidité; et l'autre, au contraire, aurait été planté en un bon terrain bien exposé et serait l'objet d'une culture intensive devant le pousser rapidement au maximum de son développement et de sa production. Ces deux drageons quoique issus d'un même tronc, donneront évidemment des fruits différents, ne vivront pas et ne mourront pas de même. Il en est ainsi des deux branches de tronc commun qu'est l'arthritis.

Cet état constitutionnel qu'on pourrait caractériser du nom de diathèse acide, est en effet le tronc commun de ces deux branches dont la première serait celle du rhumatisme, (branche sarco-lactique); la seconde, celle de la goutte, (branche uratique).

Cette manière d'envisager l'arthritisme a du moins cela de bon qu'elle concorde en tous points avec les constatations cliniques : *a*) antécédents héréditaires analogues ; *b*) mêmes symptômes avant la bifurcation ; *c*) bifurcation vers l'une ou l'autre branche, suivant les conditions d'existence, aussi bien que suivant les conditions individuelles ; *d*) persistance de certains caractères communs, dus à la communauté d'origine ; *e*) analogie des maladies des deux branches dans leurs périodes avancées.

De trois enfants issus d'une souche arthritique, l'un qui ira habiter la ville, y surmènera son système nerveux, y consacrera la plus grande partie de son temps aux affaires, et le reste au plaisir, fera bonne chère et peu d'exercice, aiguillera vers la goutte et la verra survenir dans sa forme classique avant la quarantaine ; un autre qui habitera la campagne, cultivera ses terres, fera régulièrement de l'exercice, prendra une nourriture plutôt végétale qu'animale, en rapport avec ses besoins, ne surmènera pas son système nerveux et ne fera d'excès d'aucune sorte, pourra rester indemne ; le troisième qui, n'ayant pas travaillé, ne sera arrivé à aucune situation, aura vécu misérablement, aura habité des logements humides et peu aérés, sera resté exposé aux intempéries et aux causes dépensives nées de sa situation précaire, aiguillera vers le rhumatisme et n'échappera pas à ses manifestations à un âge plus ou moins avancé.

La goutte se traduit spécialement par des fluxions, surtout articulaires et des dépôts uratiques.

Je ne m'étendrai pas sur cette partie de ma définition, chacun sachant que l'accès articulaire et le le tophus (dépôt uratique articulaire ou péri-articulaire), sont les symptômes caractéristiques de la goutte.

Je rappellerai seulement : 1° que le goutteux est généralement un sujet à tendances congestives et fluxionnaires, à tel point qu'on a parfois appelé la diathèse goutteuse, diathèse congestive ; 2° que si c'est à l'occasion des accès que le plus souvent apparaissent les tophus, il n'en est pas moins vrai cependant que certains se montrent sans accès préalable (tophus de l'oreille, des paupières, notamment), et que des modifications nécrobiotiques par, ou tout au moins avec dépôts uratiques se produisent dans les cartilages articulaires antérieurement aux accès et déterminent la localisation de ceux-ci, ainsi que l'ont montré Garrod d'abord et plus récemment Alstein dans ses recherches anatomo-pathologiques sur la goutte.

Ces quelques commentaires de la définition que je vous ai proposée m'ayant permis de vous donner une idée suffisante de la manière dont il faut comprendre la goutte, je vous dirai quelques mots d'un certain nombre de points qui me paraissent avoir un certain intérêt pratique. (*à suivre*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'anurie réflexe par les injections épidurales

Par le Dr Bergouignan, *ancien interne des Hôpitaux*

Depuis près de huit mois nous observons, dans le service de M. Huchard, à l'hôpital Necker, une femme tabétique qui a présenté les troubles urinaires suivants :

Nuit et jour, besoins fréquents d'uriner, coïncidant avec des crises de douleurs extrêmement vives, localisées au bas-ventre, et comparables à une sensation de torsion, de constriction. Pendant ces crises, émission très pénible de quelques gouttes d'urine. Quantité d'urine émise pendant vingt-quatre heures égale et souvent inférieure à 250 grammes.

Cette femme, âgée de trente-trois ans, n'avait aucun antécédent pathologique. Le tabes avait débuté chez elle, il y a quatre ans environ, par des troubles de la marche, bientôt suivis de crises de douleurs en ceinture et de crises gastriques avec vomissements. En outre, les symptômes urinaires mentionnés plus haut duraient sans interruption depuis le commencement de la maladie, et joints aux crises gastriques, ils rendaient intolérable l'existence de la malade.

Digitized by Google

Celle-ci fit de fréquents séjours dans différents hôpitaux, et surtout à l'hôpital Necker, où elle fut soignée successivement dans presque tous les services. Partout on posa le diagnostic de tabes avec crises viscérales. A l'hôpital Laënnec, le diagnostic de tabes fut confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Aucun traitement ne put augmenter la quantité d'urine, ni calmer les douleurs vésicales. L'an dernier, la malade, absolument désespérée, venait de temps à autre se faire faire un piqûre de morphine, dans le service de M. Huchard.

Le 5 juillet, nous la fîmes entrer dans ce service, pour essayer de calmer ses douleurs par des injections épidurales de cocaïne. Cette méthode thérapeutique, découverte par Cathelin (1), nous avait déjà donné les meilleurs résultats dans des cas de sciatique et de lumbago.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait les signes les plus évidents du tabes dorsalis : abolition du réflexe rotulien, démarche ataxique, signes de Romberg et d'Argyll Robertson.

Le 6 juillet 1901, injection dans le canal sacré de 1 centimètre cube de solution de cocaïne à 2 0/0, soit 2 centigrammes de cocaïne. La malade, qui souffrait de sa vessie au moment de l'injection, est immédiatement soulagée : la douleur s'atténue peu à peu et disparaît entièrement au bout de 10 minutes. Dans la soirée, la malade éprouve, sans pouvoir les satisfaire, des envies d'uriner, non douloureuses. Elle n'urine que le lendemain matin, mais abondamment. Le lendemain, les douleurs vésicales reviennent, quoique très atténuées, et disparaissent dans l'après-midi. Le 9 juillet, à cause de la légère récidive de l'avant-veille, nous pratiquons une nouvelle injection épidurale de cocaïne, de 3 centigrammes, cette fois. Le soir, la malade se plaint de ne pouvoir uriner ; le cathétérisme amène environ 500 grammes d'urine. Les jours suivants la miction devient de plus en plus facile, fréquente et abondante (2 litres par jour).

La malade quitte le service le 18 juillet ; ses douleurs vésicales n'avaient pas reparu.

Nous avions présenté cette observation à la Société de Biologie (20 juillet 1901). A cette époque nous considérions une accalmie de neuf jours comme un beau résultat thérapeutique. Or, la guérison s'est maintenue pendant six mois au cours desquels, il est vrai, nous avons pratiqué deux ou trois nouvelles injections de cocaïne ou de sérum pour calmer les douleurs en ceinture.

Vers le 1er janvier 1902, les crises vésicales et l'oligurie ont récidivé. La malade est entrée le 10, dans le service, et jusqu'au 16, nous l'avons laissée en observation, nous contentant de mesurer quotidiennement ses urines, dont la quantité ne dépasse pas 1 litre. Le 16, injection épidurale de 2 centigrammes de cocaïne. Un quart d'heure après, la malade émet involontairement quelques gouttes d'urine, et en recueille 750 grammes aussitôt après. Les douleurs disparaissent. Les quatre jours suivants, 2 litres d'urine. Le 21 janvier, 3 litres; 2 litres le 22 et le 23. La malade sort le 23.

La première objection qui vient à l'esprit devant un pareil résultat thérapeutique, est que l'oligurie de notre malade relevait de l'hystérie plus que du tabes. Bien que l'hystérie puisse revêtir les formes les plus imprévues, nous ne croyons pas qu'elle ait été en cause dans notre observation. Nous n'avions relevé chez la malade aucun des stigmates classiques, et d'ailleurs l'anurie hystérique, telle que Charcot l'a décrite, avec ses vomissements incoercibles chargés d'urée, a une physionomie spéciale. La suggestion thérapeutique avait été réduite au minimum. Nous avions proposé l'injection épidurale à titre d'essai, sans rien promettre, en garantissant simplement l'innocuité de l'opération. La malade avait déjà subi des ponctions lombaires, et notre intervention n'était pas pour elle, à vrai dire, une nouveauté. Enfin, chez elle, le tabes était indiscutable.

Or les symptômes urinaires du tabes sont bien connus. Ce sont des phénomènes d'incontinence, d'anesthésie vésicale ou uréthrale, de la paresse vésicale, de la dysurie pouvant aller jusqu'à l'incontinence complète, ou bien des besoins fréquents, du ténesme, avec sensation de brûlure ou de corps étranger dans l'urèthre. Ces derniers troubles douloureux, comme aussi les crises vésicales, dont la description n'est plus à faire, peuvent être accompagnés d'oligurie réflexe. Les tabétiques qui présentent ces symptômes font partie du groupe des *faux urinaires* de M. le professeur Guyon, et sont justiciables d'une thérapeutique s'adressant à l'élément nerveux. Notre malade était une fausse urinaire, et l'examen de sa vessie qui fut trouvée normale (capacité : 300 grammes ; sensibilité normale à la distension et aux instruments), en est la preuve. Il s'agissait donc bien d'anurie ou d'oligurie réflexe.

Les anciens auteurs réservaient le nom d'anurie à la suspension de la sécrétion urinaire indépendante de tout obstacle à l'exorétion de l'urine. Cette définition s'applique exclusivement aux anuries rénales par altération profonde des deux reins, ou par arrêt de leur sécrétion. Elle comprend donc les anuries d'origine réflexe, parmi lesquelles l'anurie ou l'oligurie passagère de la colique néphrétique. Pendant la migration du calcul dans un des uretères, il arrive assez souvent que la sécrétion urinaire se trouve

(1) Voir F. Cathelin. La ponction du canal sacré et la méthode épidurale. (*Presse médicale*, 15 juin 1901.)

Digitized by Google

temporairement supprimée. On explique ce phénomène par l'intervention d'un réflexe (*réflexe réno-rénal* de Guyon), agissant sur les vaso-constricteurs du rein sain qui se trouve supprimé fonctionnellement. Cette anurie dure autant que l'accès paroxystique, commence et disparaît avec lui.

On a encore signalé des anuries réflexes à la suite des grands traumatismes, après les brûlures (Vulpian). Dans ce dernier cas, il est vrai, il faut tenir compte de l'altération du sang, dont la tonicité doit agir sur le rein.

L'importance de l'élément douleur dans la pathogénie des anuries réflexes est, on le conçoit, considérable, et la thérapeutique s'est inspirée de cette notion. On a vu souvent l'anurie de la colique néphrétique céder, en même temps que la douleur, à une injection de morphine. Il existe même des cas, paradoxaux en apparence, où la morphine provoque la diurèse chez des malades atteints en même temps de néphrite chronique et de colique néphrétique.

L'observation que nous avons relatée plus haut nous engage à conseiller dans les anuries réflexes, l'injection épidurale de cocaïne. Ce mode de traitement ne produit pas les effets généraux de la piqûre de morphine, et a une action locale très manifeste sur les symptômes douloureux des organes abdominaux. On l'a employé avec succès dans les cancers utérin, intestinal, vésical, dans la colique saturnine (Observation personnelle). Son action est immédiate, et, fait plus curieux, paraît durable. Elle n'est pas encore bien expliquée; le rôle du médicament, celui du liquide injecté, ont été invoqués tour à tour. Peut-être s'agit-il avant tout, comme le pense Cathelin, d'un traumatisme médullaire, de la provocation d'un réflexe inhibitoire.

Toujours est-il que jusqu'ici, l'injection épidurale n'a donné que des résultats nombreux et excellents, et jamais de mécomptes.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinski

Signes différentiels entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique.

On sait le grand appoint que M. le Dr Babinski a apporté au diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique.

Il revient sur ce sujet à l'occasion d'une jeune femme entrée dans son service. Cette malade est âgée de 19 ans; elle présente une hémiparésie du côté droit : la face, le bras, le membre inférieur sont atteints. Elle a accouché il y a huit mois, et son enfant est né à terme et bien portant. On ne relève chez elle aucun signe de syphilis. Le cœur est sain. C'est 4 mois après son accouchement que les accidents ont débuté, commençant d'abord par le bras et atteignant la jambe un mois plus tard.

S'agit-il d'une hémiplégie hystérique? Le jeune âge, l'absence d'une affection cardiaque et de la spécificité semblent impliquer un pareil diagnostic.

Pour asseoir son jugement, M. le Dr Babinski examine tour à tour la motilité de la face et des membres parésiés. Il existe de l'asymétrie faciale, un abaissement de la commissure des lèvres du côté droit. Cet abaissement peut tenir à une paralysie du même côté ou à un spasme du côté gauche. En cas de spasme, la pression de la joue entre deux doigts dont l'un est introduit dans la bouche et dont l'autre serre la surface cutanée, cette pression donne lieu à une sensation de rigidité que traversent des secousses fibrillaires. Ici rien de tel, la joue est flasque. Il s'agit donc d'une paralysie à droite et non d'un spasme à gauche. C'est une paralysie faciale. Quelle est son origine? Est-elle périphérique ou centrale? Dans les paralysies centrales, le facial supérieur est habituellement indemne. Ici la malade ferme peut-être son œil un peu plus mal à droite qu'à gauche, c'est à peine marqué; une très légère atteinte a donc frappé le facial supérieur. Par contre, la contractilité électrique est normale : on ne constate pas de réaction de dégénérescence. On l'observe souvent dans la paralysie périphérique. Il semble donc s'agir d'une paralysie centrale. On ne saurait admettre une paralysie hystérique. Il existe une paralysie faciale hystérique, à côté de l'hémispasme facial hystérique, mais dans la paralysie faciale hystérique, il n'y a pas de trouble de la tonicité musculaire. Or, dans le cas présent, les muscles sont flasques, la tonicité musculaire est réduite. M. Babinski conclut de ces constatations, qu'il s'agit non d'une paralysie hystérique, mais d'une paralysie organique centrale liée à une lésion de l'hémisphère gauche.

Les membres sont également parésiés. Leur trouble est-il d'origine organique ou hystérique? il pourrait exister une paralysie organique à la face et une paralysie hystérique des membres.

M. Babinski examine d'abord le cou, et ce qu'il a appelé le signe du peaucier. Quand la malade ouvre la bouche, son peaucier se contracte, mais plus du côté sain que du côté malade, si son hémiplégie est organique. Au lieu de faire ouvrir la bouche, on peut encore incliner la tête en avant et chercher à la redresser ensuite. Le peaucier du côté paralysé entre en contracture moindre. C'est le cas présent. La découverte de ce signe est donc un nouvel argument contre l'idée d'une paralysie hystérique.

Dans les membres supérieurs, l'hémiplégie organique entraîne une diminution de la tonicité musculaire, l'avant-bras paralysé se fléchit plus fortement

Digitized by Google

sur le bras que du côté sain, la tonicité musculaire n'opposant pas de résistance. C'est encore un signe qu'on retrouve sur la malade et qui s'oppose à l'idée d'hystérie, où cette diminution de la tonicité musculaire n'est pas relevée. Les réflexes des membres supérieurs sont un peu brusques et légèrement exagérés (poignet, triceps).

La malade marche en fauchant. Dans l'hystérie, le sujet traîne la jambe, balaie le sol. L'aspect de la démarche est donc celui d'une paralysie organique. En outre, les réflexes rotuliens sont exagérés à droite et de l'épilepsie spinale (clonus du pied), s'observe de ce côté. Jamais il n'existe d'épilepsie spinale dans l'hystérie. On peut constater en pareil cas de la fausse épilepsie, une sorte de tremblement irrégulier, tantôt lent, tantôt rapide et durable, mais rien qui rappelle les oscillations régulières et semblables de l'épilepsie spinale vraie, celles-ci ne survivant guère à leur cause qui est le redressement brusque du talon. Le réflexe plantaire est celui de l'hémiplégie organique. Il fait contracter l'orteil en extension (signe de Babinski) du côté paralysé et en flexion du côté sain. Un dernier signe en faveur de la nature organique de la paralysie est le signe de flexion combinée de la cuisse et du bassin. On couche le malade, il se croise les bras et on lui commande de s'asseoir. Au moment de s'asseoir, le talon se soulève du côté paralysé, s'il s'agit d'une hémiplégie organique. C'est encore ce que l'on observe dans le cas présent.

L'étude de la mobilité de la face, du bras et du membre inférieur a donc suffi pour écarter le diagnostic d'hystérie et faire conclure, malgré le jeune âge du sujet, à une atteinte organique.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

Psychologie de l'éducation

Le volume que sous ce titre vient de publier M. le Dr Gustave Le Bon (1) devrait être lu et médité par tous mes confrères. Conseiller des familles, chef de famille lui-même, homme considéré et dont les jugements portent et font foi, le médecin sur toutes ces questions d'éducation doit posséder un bagage d'idées nettes et fermes. A lire l'ouvrage de M. Le Bon, il pénètrera à la racine des choses, comprendra pourquoi, dans la mise en pratique de ses programmes, l'enseignement universitaire est en retard et use de méthodes surannées, frappées d'une stérilité irréductible. Instruction primaire, secondaire, supérieure : tout cela est organisé en dépit du bon sens et à rebours de tous les principes éducateurs. Comment s'acquièrent les connaissances ? Par les livres, répondent nos formules pédagogiques. Et cela est absurde, car les livres ne font que bourrer la mémoire et ce qui entre par la mémoire ne se fixe pas. Le cerveau a hâte de se débarrasser de toutes les notions qui lui arrivent par cette voie. Voulons-nous garder un souvenir ? veillons à être impressionnés, non d'une manière superficielle comme nous le sommes dans l'enseignement théorique qui s'adresse à la mémoire, mais soyons-le profondément, comme il arrive quand au lieu de la théorie qu'on nous inculque, c'est l'expérience et la pratique qui nous guident. L'expérience doit commencer, la théorie doit suivre. Par l'expérience, les notions enseignées frappent, se gravent, marquent le cerveau d'une empreinte qui ne s'efface plus. On a vu, on a compris, on se souvient. Et le souvenir est durable.

Les choses enseignées par voie expérimentale pénètrent peu à peu dans une zone du cerveau où elles seront gardées comme un dépôt intangible, j'entends les zones inconscientes, où elles demeureront intactes et toujours prêtes à s'offrir à la mémoire. « Toute l'éducation est l'art de faire passer le conscient dans l'inconscient. » Pour y parvenir, il convient de s'orienter dans la direction contraire de celle qui est adoptée par nos programmes. Pas de théorie d'abord ; la pratique au premier plan. Celle-ci bien en place et solidement campée, la théorie se montrera plus tard, mais seulement comme un auxiliaire de seconde main.

Je passe sur l'enseignement primaire et secondaire. L'enseignement supérieur, particulièrement l'enseignement médical est le seul qui nous touche. Ici que d'erreurs qui subsistent encore ! Que signifient nombre de cours de la Faculté ? Que veulent dire les cours de pathologie interne, de pathologie externe, de thérapeutique ? Tout cela est enseigné bien mieux sous la forme expérimentale, avec démonstrations à l'appui, j'entends à l'hôpital. Nombre de cours de la Faculté, secs et vides, ne sont jamais qu'une superfétation sans utilité.

Même vice dans l'organisation des concours. Quelles garanties d'instruction doit offrir un candidat ? Celles qui démontrent sans doute la solidité de ses connaissances ? Non pas. On ne s'inquiète pas de la valeur de l'acquit ; c'est la quantité seule qui compte. Voilà pourquoi en tête de tous les concours figurent les compositions écrites, répertoire d'érudition indigeste, amas de connaissances superficielles, étalage de noms propres, d'opinions, de formules, bagage encombrant et superflu qu'une fois élu le candidat aura soin de reléguer dans un coin, pour n'y plus toucher de sa vie.

Tenons-nous au concours des Hôpitaux : combien notre directeur, M. Huchard, est heureusement inspiré de demander comme première épreuve, au lieu de cette composition écrite, fastidieuse et théorique, un examen de malade, pratique celui-là, et qui mieux que le nombre de pages écrites à la hâte, dans un déballage pressé de mémoire, atteste véritablement la valeur du candidat et la

(1) Flammarion, édit., in-vol., 300 p. *Biblioth. de Ph. Scientif.*, 3 fr. 50.

Digitized by Google

somme de connaissances sérieusement acquises, j'entends qui ont pénétré dans l'inconscient, selon l'expression de M. Le Bon. Au dernier concours des Hôpitaux, plusieurs des médecins nommés avaient fait de piteuses épreuves pratiques. Leur copie avait été bonne, leur examen de malade avait abouti à une erreur de diagnostic. En bonne logique, ils eussent dû être refusés. Une copie incomplète et un bon examen de malades, cela eût prouvé bien plus sûrement en faveur du candidat si l'impartialité stricte, le sentiment de la justice, le discernement des méthodes pédagogiques eussent animé et éclairé les membres du jury. La Société médicale des Hôpitaux propose aujourd'hui des réformes au concours : que la commission chargée de ce soin veuille bien lire l'ouvrage de M. Le Bon. Elle y puisera des règles directrices qui la conduiront aux modifications depuis longtemps réclamées par M. Huchard.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Hydropisie essentielle ou toxique sans albuminurie. — Il existe chez l'enfant et quelquefois chez l'adulte des cas d'anasarque généralisée, pareille à celle du mal de Bright, sauf que l'albumine fait défaut et que le cœur reste normal.

S'agit-il, malgré les apparences, d'une hydropisie d'origine rénale ? — On sait qu'elle peut exister, l'albumine faisant défaut.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question, penchent pour l'affirmative : quelques autres lui attribuent une origine anémique, tandis que Rillie et Barthez en font une affection spéciale.

A propos d'un cas d'hydropisie semblable qu'il a publié cette année, et d'un autre cas qui lui a été fourni par D. Hood, Herringham fait un court historique de cette affection et décrit son mode de début qui est variable :

Aigu et accompagné de frissons, de fièvre, d'embarras gastrique;

Insidieux, et survenant sans fièvre ni douleur, au cours d'une scarlatine ou d'une autre maladie.

Cette affection peut être compliquée de bronchite, de diarrhée, de vomissements. L'urine est de quantité normale, ou bien très rare, d'autres fois très abondante ; sa densité est variable et elle ne contient jamais d'albumine ni d'éléments figurés, sauf un ou deux cylindres hyalins et quelques globules sanguins. Dans le cas de Hood il y avait hématoporphyrinurie.

L'absence d'albumine pendant toute l'évolution de la maladie jointe à l'absence de lésions rénales, oblige à reconnaître qu'un bon nombre d'hydropisies généralisées ne sont pas dues à une néphrite.

Pour Herringham, la scarlatine et le refroidissement sont deux causes nettes et fréquentes de néphrite toxique : la première par son action propre ; la seconde par action indirecte en affaiblissant la résistance individuelle, et en préparant ainsi les voies à une invasion microbienne. Elles peuvent produire l'anasarque sans enflammer le rein, ou bien à la fois anasarque et néphrite. Dans le premier cas, elles réalisent l'affection qui nous occupe ; dans le second cas, la maladie de Bright. (*Brit. Med. J.*) — E. B.

La respiration dans le coma urémique. — La respiration de Kussmaul Kien consiste en inspirations profondes, suivies d'expirations complètes un peu sifflantes ; elle est à type régulier ; il n'existe aucun symptôme d'anoxhémie ; c'est la preuve que la dyspnée est d'origine bulbaire. Longtemps ce type respiratoire était considéré comme pathognomonique du coma diabétique; mais ensuite on le retrouva chez des cachectiques cancéreux, chez des sujets atteints d'intoxications intestinales (Litten), après l'empoisonnement salicylique (Quincke). Voici maintenant Pincles qui vient d'observer trois cas de ce curieux type respiratoire dans le coma urémique (*Wiener Klin. Rundschau*), l'un au cours d'une néphrite scarlatineuse, avec gros rein blanc congestionné, chez une jeune fille de 21 ans ; le second chez un homme de 36 ans, atteint de néphrite interstitielle à type de gros rein blanc avec début d'atrophie granuleuse ; le troisième chez un alcoolique de 57 ans, à rein granuleux. Aucun des trois n'était glycosurique. Comme on le voit, le symptôme était chaque fois suivi de mort.

Il est important de connaître ce phénomène à cause du traitement : dans le coma diabétique les accidents sont dus à l'intoxication par l'acide oxybutyrique, et le bicarbonate de soude peut être utile au malade. Dans la néphrite, les substances toxiques sont autres et les alcalins ne peuvent donner aucun résultat. Il faudra donc, à tout prix, examiner les urines avant de pouvoir faire une thérapeutique utile. — Bd.

RENSEIGNEMENTS D'HYGIÈNE

Couturières et repasseuses. — L'influence nuisible de la machine à coudre sur la santé de la femme a été étudiée déjà bien souvent : le mouvement rythmé des jambes, la position assise prolongée, l'inclinaison du tronc en avant entraînent la congestion des organes abdominaux, en particulier celle de l'appareil génital. Les recherches de Falk (*Therap. Monatshefte*) portant sur des documents réunis par les Conseils de travail prussiens, ont confirmé ces faits, mais elles ont démontré que le métier de repasseuse était encore plus préjudiciable à la femme que celui de couturière. La station debout, le poids du fer à repasser, les émanations du charbon ou du gaz sont autant de facteurs nocifs. Comme maladies professionnelles Falk a trouvé deux fois des névrites du cubital, des pieds plats, des douleurs rhumatoïdes des pieds, des varices et même une cyphoscoliose. Beaucoup de femmes se plaignent de pertes blanches, et les mettent sur le compte du travail ; cette assertion n'est pas toujours justifiée, car il s'agit souvent de blennorrhagies ou de pertes dues à la masturbation, sans vouloir du reste affirmer avec Decaisne (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, 1870*) que c'est le mouvement régulier de la machine qui provoque l'excitation génésique; car il en est de même chez les repasseuses. La dysménorrhée est plus fréquente chez les repasseuses, de même que les métrorrhagies. Par contre les fausses-couches sont plus fréquentes chez les couturières, environ 30 0/0, contre 22 0/0 chez les repasseuses. La tuberculose et l'anémie se voient plus souvent chez les couturières.

Falk conclut donc de la façon suivante : la machine à coudre est réellement préjudiciable aux organes abdominaux ; par la congestion de l'appareil génital elle prédispose aux pertes, aux catarrhes et aux inflammations utérines, et surtout aux fausses-couches. Aucune femme malade du ventre ne doit coudre à la machine, quelle que soit la durée de la journée de travail et la durée de la période de travail. Mais la station debout avec un travail fatigant des bras comme celui de la repasseuse fait encore plus de mal. Il n'est donc pas justifié de priver un grand nombre de femmes et de filles de leur gain quotidien sous prétexte de vouloir les soustraire à l'influence fâcheuse de la machine à coudre. — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Traitement de l'insolation

Quand un homme est frappé d'insolation, il faut le soustraire à l'action du soleil, diminuer l'hyperthermie, combattre la congestion des centres nerveux. On veillera à ranimer l'énergie cardiaque et l'amplitude respiratoire.

Le malade étant placé dans un endroit frais, une vessie de glace couvrira sa tête ; on pourra même arroser tout le corps d'eau glacée et donner des lavements glacés, si la température est élevée. Une saignée large et copieuse (400 gr.) combattra la congestion encéphalique, des purgatifs drastiques seront ordonnés :

Scamonnée.....	0 gr. 30
Calomel.....	0 — 10

P. 1 paq. F. paq. n° 2. — A prendre à un quart d'heure d'intervalle.

L'énergie cardiaque sera stimulée par l'usage d'injections sous-cutanées de caféine, de strychnine, d'éther camphré :

Caféine.....	2 gr. 50
Benzoate de soude.....	3 grammes
Eau distillée. Q. S. pour ...	10 cent. cubes
Camphre.....	2 gr. 50
Ether.....	10 grammes
Eau distillée.....	10 grammes
Sulfate de strychnine.....	0 gr. 010

Certains auteurs conseillent d'ajouter à cette solution 50 centigr. de sulfate de spartéine. Renaut (de Lyon) estime que ce médicament favorise l'apparition d'une syncope secondaire.

Dans les cas d'insolation compliqués d'impalu disme, les injections sous-cutanées de quinine seront pratiquées.

Bichlorhydrate de quinine...	5 grammes
Eau distillée.....	10 —

Quant à la respiration elle sera ramenée par des tractions rythmées de la langue (en saisissant l'organe à sa partie moyenne et non à la pointe) et la respiration artificielle. Les injections de strychnine et d'atropine ont été recommandées en pareil cas (Sommerville).

Sulfate de strychnine	0 gr. 010
— d'atropine	0 — 003
Eau distillée..... .	10 cent. cubes

L'application continue de la glace sur la tête (24 heures) semble diminuer la dyspnée.

CLINIQUE MÉDICALE

Les difficultés du diagnostic de la lithiase biliaire. — On sait combien il est difficile quelquefois d'attribuer les douleurs provoquées par la lithiase biliaire à leur origine vraie. Elles sont nombreuses, les maladies que peut simuler la présence de calculs dans la vésicule ou les conduits biliaires. Les progrès de la chirurgie, qui ont rendu relativement inoffensives les laparotomies exploratrices, ont grandement facilité le diagnostic de lithiase biliaire, en même temps qu'ils semblent avoir rendu le diagnostic médical encore plus incertain. Les trois observations suivantes, publiées par M. F. Rowing, dans l'*Hospitalstidende* sont très démonstratives à cet égard.

Obs. I. — Femme de 38 ans. Fièvre typhoïde dans le jeune âge. Personne dans sa famille n'a souffert ni de rhumatisme ni de coliques hépatiques ou néphrétiques. Les symptômes actuels datent d'il y a dix ans. A ce moment, sans cause apparente, elle a commencé de souffrir dans son bras et épaule droits ; ces douleurs s'irradiaient en haut, vers le cou, et en bas, dans la poitrine et dans le dos. Elles étaient violentes et accompagnées de frissons alternant avec des sueurs. La température ne fut pas prise. Pas d'ictère, pas de vomissements ; les garde-robes et l'urine normales. Cela dura pendant 8 jours. Depuis elle se portait très bien pendant 5 ans. Alors les mêmes douleurs dans l'épaule recommencèrent et devinrent de plus en plus fréquentes. Elle a été traitée pour son affection rhumatismale par le massage, les bains, l'acide salicylique, etc., sans résultat. Elle souffrait tellement qu'elle réclamait une opération. L'examen de la malade ne révéla rien d'anormal dans l'articulation de l'épaule, ni autour d'elle. Le foie ne débordait pas le rebord costal. La sensibilité à la pression sur la région de la vésicule et dans le creux épigastrique était à peine plus prononcée que d'ordinaire. Les garde-robes et l'urine normales, pas d'élévation de température.

Il était impossible de faire un diaguostic, mais devant l'insistance de la malade on fit une laparotomie latérale. Après ouverture du péritoine on vit le bord antérieur du foie à un centimètre plus haut que le rebord costal. La vésicule biliaire, située très en arrière, fut trouvée très distendue. A la palpation on sentait qu'elle contenait un gros calcul. Pas d'adhérences autour d'elle. On enlèva le calcul qui mesurait 5 centimètres sur 3. La bile avait l'aspect normal, mais l'examen bactériologique démontra la

Digitized by Google

présence du staphylocoque blanc. Drainage de la vésicule. La malade sortit de l'hôpital au bout de trois semaines, guérie de la plaie biliaire et de ses douleurs.

Obs. II. — Femme de 46 ans. Personne dans sa famille n'a eu de coliques hépatiques ou néphrétiques. Il y a six ans, elle eut une crise de douleurs aiguës dans la région lombaire gauche. Elle avait remarqué qu'à ce moment les urines contenaient du sable rouge. Ces crises revinrent à un mois d'intervalle les années suivantes. Quelquefois, depuis un an, des douleurs dans le flanc *droit*, toujours accompagnées de mictions fréquentes et douloureuses. Les douleurs dans le côté *gauche* sont maintenant constantes. Elle ne peut pas coucher sur le côté gauche. Elle n'a jamais eu de l'ictère. Son médecin aurait constaté du pus dans l'urine et fait le diagnostic suivant : néphrolithiasis double, pyonéphrose à droite. L'examen de la malade révèle de la sensibilité à la pression sous le rebord costal droit. On sent ici une tuméfaction grande comme une main d'enfant qui ballotte à la palpation bimanuelle. Au-dessous d'elle on sent l'extrémité inférieure du rein qui a la forme et la consistance normales. Sonorité intestinale au-dessous de la tumeur. A gauche, pas de sensibilité, ni de tuméfaction. L'urine est normale.

A l'examen, sous le chloroforme, on sent que la tumeur est fluctuante, distendue. On ne peut dire si la tumeur appartient au rein ou au foie. Les douleurs du côté droit pouvaient être attribuées à un rein mobile avec hydronéphrose intermittente. On ne sentait rien à gauche qui pût expliquer les douleurs.

Le diagnostic fut donc : rein droit mobile. La tumeur pouvait appartenir au rein ou au foie. Rien n'expliquait les douleurs à gauche.

On fit d'abord une incision lombaire du côté droit. Le rein droit était abaissé, mobile, de volume et de forme normaux. Au-dessus du rein on sentait la tumeur fluctuante qui n'était autre que la vésicule biliaire distendue. On sentait aussi des calculs dans le canal cystique. On fixa alors le rein, le chirurgien retourna la malade et fit une laparotomie le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen, du côté droit.

La vésicule biliaire, située derrière le côlon, fut trouvée distendue, le péritoine autour d'elle était injecté et portait des adhérences récentes. Après une ponction qui ramena du pus, sans bile, aspiration et lavage de la vésicule et incision de cette dernière. Elle contenait de nombreux calculs à facettes qui furent enlevés, ainsi que le calcul du canal cystique. Drainaage de la vésicule et sutures. Les douleurs du côté *gauche* étaient plus fortes après l'opération qu'avant, pendant les premiers jours, mais elles cessèrent subitement quand on enleva le drain et, de même, réapparurent quand on la replaça. Tout attouchement de la muqueuse de la vésicule occasionnait immédiatement la reprise de ces douleurs. La malade sortit de l'hôpital complètement guérie de ses douleurs.

Remarque : Les douleurs du côté *droit* provenaient sans doute de l'abaissement du rein, puisque elles coïncidèrent toujours avec des mictions fréquentes et douloureuses. Les douleurs du côté *gauche*, par contre, provenaient de la vésicule biliaire ; on pouvait les provoquer à volonté, rien qu'à toucher la face interne de la vésicule. Les douleurs de cette origine peuvent donc être croisées.

La troisième observation ressemble un peu à la précédente, mais mérite néanmoins d'être reproduite à cause de l'extrême difficulté du diagnostic.

Cette malade, une femme de 37 ans, de constitution faible, n'avait pourtant jamais été malade avant l'âge de 35 ans, où elle eut une hématémèse. Depuis ce moment elle était dyspeptique et souffrait de douleurs dans le ventre, surtout dans le côté droit. Ces douleurs venaient par crises et étaient accompagnées de mictions fréquentes et douloureuses ; elles étaient moins fortes quand elle restait au lit.

On constata que le rein droit était mobile et l'on fit une néphropexie, ce qui fit disparaître les douleurs du côté droit avec les mictions douloureuses. Mais peu de temps après elle commença à souffrir du côté gauche du ventre. Ces douleurs n'étaient pas soulagées par le repos au lit. Comme elle était dyspeptique et constipée, on supposait que les douleurs venaient de l'intestin et elle fut traitée par l'huile de ricin, par un régime sévère, etc., sans résultat aucun. Elle n'avait jamais de l'ictère.

L'examen de la malade ne relevait rien d'anormal. Le creux épigastrique était un peu sensible à la pression, mais la douleur était localisée à gauche. L'urine était claire, sans albumine. Le suc gastrique ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre.

On ne pouvait pas faire un diagnostic sûr, mais on supposait la possibilité d'adhérences péritonéales à cause de l'hématémèse et de l'ulcère de l'estomac qui avaient dû exister, et l'on fit une laparotomie médiane. Il y avait un épaississement fibreux de la petite courbure, mais pas d'adhérences. Le rein gauche était normal. Mais le côlon transverse adhérait à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire, qui était distendue et remplie de calculs. On fit alors une nouvelle laparotomie *latérale*, à droite, et l'on sutura la vésicule biliaire au péritoine, en vue d'une ouverture secondaire qui fut faite 5 jours après, sans anesthésie.

Au moment où l'on introduisit la pince pour enlever les calculs, la malade se plaignit de douleurs dans le côté *gauche*, dans l'épaule *gauche* et dans le dos. On enleva environ 70 calculs et l'on intro-

Digitized by Google

duisit un drain qui provoqua les mêmes douleurs à gauche. Chaque fois qu'on touchait à la muqueuse de la vésicule biliaire, la malade souffrait dans le côté gauche. Après cicatrisation de la plaie, la malade sortit de l'hôpital guérie de ces douleurs.

La conclusion de ces deux observations est donc, qu'il faut penser à la possibilité de lithiase biliaire, quand on ne trouve pas d'autre cause des douleurs, même quand elles siègent à gauche. — Kr.

Phlegmatia alba dolens dans la pneumonie. — La phlébite au cours de la pneumonie, sans être absolument exceptionnelle, est au moins une complication assez rare. Elle se déclare généralement au déclin de cette affection. M. le Dr Obrecht a étudié la marche de cet accident en se basant sur une observation que lui a fournie M. le Dr Miraillié (de Nantes). *(Th. de Paris, 1902)*. C'était une femme de 58 ans, atteinte de pneumonie du sommet droit. Vers le 14e jour, une douleur se produit dans le bras droit. Les doigts et les mains sont œdématiés. La pression est douloureuse, la peau est blanche ; dans la région du grand pectoral droit, les veines sont très apparentes, volumineuses et font saillie sous la peau, mais sans induration appréciable. En un mois, la guérison fut obtenue ; mais le souffle pneumonique et les râles ne disparurent qu'au bout de deux mois et demi. Cette phlébite du membre supérieur n'est pas commune ; c'est d'ordinaire le membre inférieur qui est atteint. L'auteur rapporte neuf observations de cet accident qui doit être considéré comme le résultat d'une phlébite infectieuse. Le pneumocoque circulant dans le sang se fixe sur un point de l'endoveine. L'excès de fibrine dans le sang du pneumonique est peut être une cause adjuvante de la coagulation sanguine. Les symptômes qui la caractérisent sont les mêmes que dans toute phlegmatia. L'affection est en général bénigne, la complication la plus redoutable est l'embolie pulmonaire. Le traitement est celui de toutes les phlébites : immobilisation prolongée du membre dans une gouttière, enveloppement ouaté, topiques calmants.

La pneumonie qui donne naissance à la phlébite semble en général assez grave ; sur neuf malades cités par M. Obrecht, il y eut quatre décès, soit une proportion de près de 50 0/0.

SYPHILIGRAPHIE

Chancres syphilitiques de la face. — Les chancres syphilitiques de la région céphalique ne sont pas rares, puisque M. Fournier a pu, dans sa statistique personnelle, en relater 849.

La plupart de ces chancres siègent à la bouche (727 sur 849). Les chancres de la face sont beaucoup moins communs. Ceux que l'on observe siègent de préférence au menton (54 cas dans la statistique de M. Fournier), ensuite aux joues (24 cas), à l'œil (21 cas), au nez (18 cas). Cependant ces deux dernières variétés de siège ne sont pas encore absolument exceptionnelles, puisqu'on a pu en présenter 2 cas nouveaux. *(Soc. Derm. syph.)*

La première malade est une fille de 6 ans 1/2, soignée depuis un mois dans un dispensaire pour orgelet et portant à l'angle interne de l'œil droit, sur la caroncule lacrymale, une masse indurée de la dimension d'un haricot, présentant une surface rouge cruentée, recouverte d'un vernis séreux et luisant, et accompagnée d'un œdème d'un rouge vif se perdant dans les parties voisines sans délimitations précises. Il y a blépharoptose et blépharospasme ; conjonctivite catarrhale ; larmoiement modéré ; cornée intacte ; pas de photophobie ; pas de coryza. Sur le corps existe une éruption roséolique papulo-squameuse très nette. On note une plaque muqueuse à la commissure labiale gauche, et d'autres lésions semblables disséminées sur la muqueuse buccale. Les ganglions préauriculaires droits, les ganglions sous-maxillaires, sous-occipitaux et mastoïdiens sont augmentés de volume, mais non douloureux. Sous l'influence du traitement local (pansements humides), et du traitement général (40 puis 60 gouttes par jour de liqueur de Van Swieten), l'œdème diminue, la plaie se cicatrise malgré la persistance de la roséole et des plaques muqueuses.

Le second malade est un journalier de 28 ans qui, le 25 octobre, voit apparaître sur le côté droit du nez, près de la pointe au-dessus du sillon nasolobaire une petite ulcération qui se recouvre de croûtes, et bientôt apparaît une adénopathie assez prononcée des ganglions sus-hyoïdiens sous-mentonniers, sous-rétro-maxillaires des deux côtés. Vers le 10 novembre, l'ulcération a atteint les dimensions d'une amande, et l'adénopathie devient plus douloureuse. Le 8 décembre apparaît une roséole papuleuse généralisée et des syphilides papulo-érosives du scrotum.

Sur ces deux malades on a cherché en vain le mode de contamination. L'interrogatoire de la première malade n'a rien révélé ; le père et la mère de l'enfant sont bien portants et n'ont jamais eu la syphilis ; de trois enfants qui leur sont nés, une fillette est morte en bas âge. Quant au second malade il ne se rappelle aucun contact suspect ; à la verge il n'y a aucune ulcération, aucune trace de chancre. Il en est ainsi dans un grand nombre de chancres de la face où les enquêtes les plus minutieuses ne donnent aucun résultat. M. Fournier croit qu'une des causes de ces chancres est la projection de la salive pendant la parole ; il est certain, d'autre part, qu'une

Digitized by Google

main à épiderme intact peut facilement être chargée du germe spécifique et inoculer la face à la faveur d'une érosion toute superficielle. — R. B.

PÉDIATRIE

Le scorbut infantile. — Le scorbut infantile n'est pas une maladie très commune, et bien des praticiens continuent de l'ignorer. La confusion est fréquente avec le rhumatisme articulaire ; d'autres fois c'est une ostéo myélite, une tumeur osseuse, une fracture qui prête à méprise. Souvent les enfants sont conduits à un chirurgien. M. Comby publie trois nouveaux exemples où pareilles erreurs de diagnostic avaient été commises (*Arch. Méd. Enf.*, 1899, p. 35; 1901, p. 482; 1902, p. 224). Il s'agit d'un garçon de 13 mois, soigné en ville pour un rhumatisme articulaire : pâleur extrême, grande faiblesse, anémie, gencives gonflées, fongueuses et saignantes, hématomes des fémurs. L'enfant prenait un litre et demi de lait maternisé tous les jours ; pas d'autre cause à invoquer. Le traitement amena une amélioration rapide : substitution du lait frais bouilli au lait de conserve, jus d'orange, purée de pommes de terre (3 cuillerées à café par jour). Guérison en 15 jours. Un second petit malade était un garçon de 11 mois, nourri exclusivement avec du lait maternisé (depuis l'âge de 2 mois, 1 litre, puis 1 litre 1/2 par jour). Dents précoces : l'enfant en a onze. A l'âge de 9 mois, faiblesse, pâleur, anémie, cris au moindre mouvement, purpura des membres, gonflement des cuisses, hémorragies gengivales, état cachectique. On pensa à du rhumatisme. Le traitement fut institué avec du salicylate de méthyle, de l'antipyrine, du salicylate de soude à l'intérieur. M. Comby constate outre les signes d'amaigrissement et de cachexie, un état fongueux et saignant des gencives avec ébranlement des dents. Il existe de nombreux hématomes osseux : hématome fémoral droit énorme, hématome fémoral gauche moins volumineux, hématome sous-périosté du tibia gauche, hématome du radius. Traitement comme dans le cas précédent : substitution du lait bouilli au lait de conserve, jus d'orange, purée de pommes de terre, 3 cuillerées à café par jour. Guérison en un mois.

Un troisième enfant atteint, de 9 mois 1/2, avait été adressé à M. Brun, chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades. D'abord soumis à l'allaitement mixte (sein et biberon) pendant 2 mois, l'enfant prit ensuite de la farine lactée, puis du lait maternisé (1 litre 1/4 à 1 litre 1/2 par jour). Il existait depuis 15 jours un gonflement de la cuisse droite et de la sensibilité à la cheville du pied gauche. Le médecin prescrivit du salicylate de soude. Puis il fit des frictions à l'onguent napolitain, pensant à une syphilis osseuse. Comme il n'y eut pas de mieux, on songea à une ostéite ou à une fracture. M. Comby trouva un gonflement fusiforme du fémur avec douleur à la pression et l'os semblait incurvé et crépitant. La peau était indemne, ni œdèmes, ni rougeurs. Le diagnostic se posa de fracture sous-périostée consécutive à l'hématome, mais il ne fut pas vérifié à l'examen radiographique. Il existait en outre un gonflement avec ecchymoses des gencives. Le tibia gauche présentait à sa partie antérieure un gonflement douloureux ; la fontanelle antérieure était largement ouverte et un chapelet costal longeait les côtes.

Le jour même, le lait maternisé est remplacé par du lait de vache frais et simplement bouilli. Les oranges étant rares à cette époque et les raisins abondants, M. Comby conseille à l'enfant trois petites cuillerées à café de jus de raisin par jour. Après une semaine de traitement, l'amélioration est évidente : pâleur moindre, gémissements, cris atténués, gonflement du fémur très amoindri. Au bout d'un mois guérison. A remarquer que tous ces enfants étaient nourris au lait maternisé. Ces laits de laboratoires, quand on en fait un usage exclusif et prolongé chez les enfants, sont dangereux. Ils peuvent donner naissance au scorbut infantile.

On sait que cette maladie a aussi reçu le nom de maladie de Barlow, du nom du médecin qui la décrivit le premier, en 1883. La maladie avait d'abord été classée comme une variété de rachitisme ; c'est bien plutôt un véritable scorbut survenant chez des enfants rachitiques ou non. La grande cause est la mauvaise alimentation du nouveau-né. Netter avait accusé le lait stérilisé ; il semble que ce dernier soit hors de cause. Ransom confirme cette dernière opinion (*Brit. Med. Journal*, 22 février 1902). Sur 200,000 litres de lait stérilisé distribués à 1,000 enfants, Vareul n'aurait jamais observé un seul cas de maladie de Barlow. Hole a fait une enquête (*Revue d'Hyg. et Police Sanit.*, 20 juillet 1902), dans trois institutions où depuis cinq ans, on donne du lait stérilisé à 1,000 enfants : il n'a vu que deux cas de scorbut, encore ces enfants n'avaient pas pris de lait stérilisé. C'est bien plutôt le lait maternisé qu'il convient d'incriminer. M. Ed. Simon a consacré un bon travail à ce sujet (*Th. Paris*, 1902). Le traitement sera local et général. Le traitement local consiste à toucher les gencives avec du jus de citron dilué ou du jus d'orange, et à laver fréquemment la bouche avec de l'eau boriquée. Immobilisation des membres au moyen de planchettes ouatées. On s'abstiendra de massages et de frictions ; l'incision des hématomes, l'application de sangsues sont des manœuvres dangereuses. Si l'enfant n'est pas sevré,

Digitized by Google

on substituera le lait de vache cru ou seulement bouilli au lait maternisé. On le mettra au sein si possible. On prescrira en outre trois cuillerées à café de jus d'orange, dans le jour. Si l'enfant est sevré, on substituera la purée de pommes de terre aux farines de conserve et à tous les aliments de conserve ; on mélangera cette purée de pommes de terre avec du lait frais, on en fera des soupes auxquelles on joindra un peu de viande. Le jus de citron, d'orange, de raisin sera également administré ainsi que le jus de viande.

La prophylaxie du scorbut infantile se réduit presque entièrement à ce premier précepte : ne pas user de laits maternisés.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Types cliniques de l'épithélioma de la face. — On a de tout temps remarqué la fréquente bénignité de l'épithélioma de la face comparée à la malignité d'autres épithéliomas, tel celui de la langue. Il est cependant des cas qui envahissent les parties voisines, s'accompagnent bientôt d'adénopathie néoplasique et aboutissent à la généralisation. Il n'est pas sans intérêt de différencier ces deux variétés cliniquement et histologiquement pour pouvoir diriger le traitement en conséquence.

D'après Dubreuilh et Auché (*Soc. derm. et syph.*) on peut distinguer trois types cliniques principaux : 1° Le *cancroïde de la lèvre inférieure* né, le plus souvent, sur une plaque de leucokératose, formant une tumeur infiltrée, mal limitée, peu saillante, envahissant les ganglions, pouvant se généraliser et récidiver sur place ; 2° L'*épithélioma vulgaire de la face* débute sur une plaque de kératose sénile, s'épaissit, s'indure, s'infiltre, s'ulcère, devient végétant, saignant, friable et une fois l'envahissement ganglionnaire commencé se généralise avec rapidité ; 3° L'*ulcus rodens* siégeant fréquemment au voisinage de l'angle interne de l'œil, débutant d'emblée par un nodule saillant, ferme et rose. Ce nodule s'ulcère mais est toujours limité par un bord très dur, très limité et peut persister ainsi jusque pendant 20 ans ; jamais d'adénopathie ; la tumeur enlevée incomplètement récidive sur place. L'ulcus rodens que nous avons décrit répond au type vulgaire, qui est, du reste, le stade de début des autres types.

C'est le plus fréquent, mais il y en a d'autres : le type térébrant qui produit de tels délabrements que ni la tuberculose, ni la syphilis ne puissent lui être comparés ; le type atrophique, si rare qu'on prend ses plaques serpigineuses cicatricielles rétractées pour du lupus ou de la syphilis tertiaire ; le type nodulaire, qui diffère des autres par sa multiplicité et par la fréquence des kystes pouvant constituer parfois la totalité de la tumeur.

Ce n'est que pour l'ulcus rodens que la corrélation entre le type clinique et la structure histologique est assez constante pour que l'on puisse conclure de l'un à l'autre : L'ulcus rodens est formé de cellules très petites dans lesquelles le caractère épidermique est très effacé, les limites des cellules ne sont pas accusées ; il n'y a pas de filaments d'union ; il y a tendance marquée à la formation de kystes microscopiques, etc.

Contrairement à l'opinion classique c'est dans la forme la plus bénigne que les cellules néoplasiques sont le plus éloignées de leur type originel. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

La rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement. — Jusqu'en 1885, on enseignait volontiers que l'utérus était un organe entièrement musculaire dans toutes ses portions. Depuis on s'est aperçu qu'on n'était pas tout à fait dans le vrai : la plus grande partie du col est dépourvue de fibres musculaires. Celles-ci, très raréfiées du reste là où elles existent, cessent vers l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la paroi ; les deux tiers internes ne sont qu'un feutrage conjonctif parcouru de vaisseaux. Pareille disposition comporte des conséquences immédiates. Il est bien difficile d'admettre une rigidité ou une contracture du col, puisque les fibres musculaires manquent dans la majeure partie de son épaisseur. Du reste cette distinction classique entre les rigidités spasmodiques et les rigidités anatomiques avait été mise en doute, il y a longtemps déjà, par Baudelocque neveu. Pour ce dernier, la rigidité du col et la rétraction spasmodique étaient une même chose. Le nom de rigidité spasmodique du col ne peut être conservé que pour le cas où il y a contracture douloureuse, parfois tétanique de l'utérus. Mais c'est alors l'utérus qui est contracturé, non le col.

Quant à la rigidité anatomique à l'état normal, elle n'est pas due, ce semble, à une texture particulière du col qui ne présente ni macroscopiquement, ni microscopiquement aucune lésion appréciable (Wallech, *Ann. Soc. obst. de Fr.*, 1893, p. 97). Comme le dit M. le Dr Henri Hazard dans un bon travail sur ce sujet, c'est surtout le défaut d'énergie qu'il faut incriminer. Telle était du reste déjà l'opinion défendue en 1885, par Doléris. Seulement l'inertie utérine n'explique pas tous les cas. M. Hazard pense que deux autres raisons peuvent être invoquées : une exagération des contractions doublée peut-être d'un affaiblissement de texture du

Digitized by Google

tissu cervical. « Lorsque, dit l'auteur, le muscle utérin se tétanise, il peut se former dans le col une stase sanguine qui, si la contraction utérine se prolonge énergique, suffira à donner la raison de la dissociation des faisceaux élastiques du col, lesquels se laisseront distendre beaucoup plus difficilement.

Il ne reste finalement qu'une seule cause anatomique de rigidité vraie : la rigidité pathologique, rigidité par cancer, fibromes, syphilis, scléroses d'origine variée (inflammatoires et infectieuses cicatricielles).

Le traitement de ces rigidités vraies, les rigidités par tumeur étant écartées, sera inspiré par une prudence avisée. On ne recourra ni au forceps, ni à la dilatation bimanuelle, ni à l'écarteur de Tarnier, ni aux ballons dilatateurs. Ce serait s'exposer à une déchirure profonde des tissus, avec toutes ses conséquences. Ce sont d'ailleurs des moyens presque toujours inefficaces, les tissus résistant à la distension.

M. Hazard conseille deux modes de traitement qui paraissent avoir donné des résultats satisfaisants : les incisions multiples et la méthode de Dührssen. Dans le premier cas, on pratique à l'aide d'un bistouri boutonné 5 ou 6 incisions, de quelques millimètres chacune, sur le pourtour de l'orifice; presque toujours ces débridements suffisent pour faire progresser la dilatation. Le doigt, servant de guide à l'instrument, reconnaîtra toutes les portions scléroses que l'on sectionnera lentement. Les déchirures étendues sont rares après pareille opération : de même l'infection est évitée à la faveur des précautions antiseptiques prises.

Dührssen préconise deux incisions profondes, une de chaque côté du col, allant profondément jusqu'à son insertion sur le vagin, puis il suture après la délivrance. Le procédé est complexe; le praticien se trouvera d'ordinaire mieux des incisions multiples.

Des interventions plus graves pourront encore être discutées, en cas d'insuccès après les incisions : l'opération césarienne si l'enfant est vivant, ou l'opération de Porro, en cas de mort du fœtus et si l'on redoute l'infection.

HYGIÈNE

Le rôle étiologique du lait dans la transmission de la tuberculose. — Sans accepter les idées de Koch sur la dualité des tuberculoses bovine et humaine, il n'en est pas moins vrai qu'on a singulièrement exagéré les dangers de transmission par le lait des vaches tuberculeuses. Il faut d'abord écarter tous les inconvénients qui tiennent moins à l'altération primordiale du lait qu'aux falsifications dont il est fréquemment l'objet. Comme le fait remarquer le Dr Luis Ortega-Morejan (IXe Congrès intern. hyg. et démog.), on a tort de mettre sur le compte du régime lacté les sensations d'affaiblissement et la perte des forces qui y fait suite. A-t-on seulement bu du lait? Ce n'est pas un régime lacté qu'a observé le malade, c'est un régime hydrique. Comment s'étonner alors si des tuberculoses éclatent? Elles profitent de l'état de dépérissement de l'organisme. Les qualités nutritives du lait ne sont pas du reste seulement réduites par les manipulations des falsificateurs : la mauvaise alimentation du bétail, la coction même du lait agissent dans le même sens. M. Ortega-Morejan conclut que le lait doit être pris cru et non bouilli. C'est ainsi qu'il nourrit davantage. Il n'est pas dit que le lait stérilisé, par sa valeur alimentaire moindre, ne se transforme indirectement en cause de production de tuberculose. Une seule éventualité serait à craindre : la tuberculose de la glande mammaire chez l'animal. Elle est exceptionnelle. Se produirait-elle, le lait continuerait d'être normal pendant une longue période. Le jour où il serait infecté de bacilles, il contiendrait de petits caillots et du pus qui altéreraient à ce point ses caractères physiques d'odeur, de couleur et de saveur qu'on ne pourrait le débiter au public, ni même le diluer dans du lait normal, tellement l'aspect du mélange serait encore repoussant.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Quelques avantages du tubage. — Depuis que Landouzy, au congrès de la tuberculose à Berlin, a montré la réceptivité pour la tuberculose toute particulière des individus ayant été trachéotomisés on a recherché, en Allemagne, quelles étaient les lointaines mais dangereuses conséquences de la trachéotomie. Trumpf (*Münch. med. Wochs.*, 1901) a constaté que la moitié des trachéotomisés présentent des troubles fonctionnels et qu'environ 29 pour 100 sont constamment impotents; des enfants du sexe masculin ayant été trachéotomisés pour diphtérie, environ un tiers sont morts avant d'avoir atteint l'âge adulte; sur 351 individus trachéotomisés à Munich, Strasbourg et Stuttgard pour laryngo-sténose diphtérique, dans l'intervalle de temps entre l'année 1886 et l'année 1896, 23 sont morts, 328 sont encore en vie sur lesquels 64 ont montré depuis leur opération des signes, il est vrai assez peu marqués, d'affections de la gorge, du larynx ou des poumons. D'autre part, Pfaundler recherche les conséquences lointaines comparatives de la trachéotomie et de l'intubation sur 173 enfants opérés à l'Anna-Kinderspital de Gratz, de 1890 à 1899. Les suites les plus funestes ont trait

Digitized by Google

à ceux qui ont été à la fois trachéotomisés et intubés, viennent ensuite ceux qui ont été uniquement trachéotomisés ; enfin ceux qui ont été uniquement intubés présentent les suites les moins mauvaises. Les conclusions qui résultent de ces statistiques tendent à démontrer aux praticiens les avantages de l'intubation.

Le tubage du larynx a donné de plus, comme l'a montré Ranke, les meilleurs résultats dans les cas de difficultueux décanulements, qu'il se soit agi de trachéotomie primitive ou de trachéotomie secondaire, c'est-à-dire consécutive à une intubation. Il permet d'éviter tous les inconvénients qui résultent de l'ablation définitive de la canule trachéale : néoformations granuleuses, rétrécissements cicatriciels, inflammation des cordes vocales proprement dites, phénomènes nerveux réflexes produits par la crainte du décanulement. — R. B.

MÉDECINE LÉGALE

L'amnésie au point de vue médico-légal. — Un jeune homme assassine une jeune fille dans un train ; d'abord il avoue son crime, puis plus tard, se déjuge tout à coup. Il ne se rappelle aucune des déclarations qu'il avait faites. C'est l'affaire Dussolier; ce dernier ayant tué, à coups de revolver, sa maîtresse dans le chemin de fer de ceinture. Une expertise médico-légale est ordonnée. MM. Brouardel, Magnan et Garnier y prennent part. Ils concluent à la simulation de l'amnésié, Le meurtrier, en effet, n'était pas épileptique, et bien que doué d'une intelligence médiocre et mal équilibrée, on ne conçoit pas la perte totale de souvenir qu'il invoque tout à coup, alors qu'au début, sa mémoire était très nette et avait précisé toutes les péripéties et motifs du crime. Dussolier fut condamné aux travaux forcés à perpétuité. *(Ann. Hyg. publ. et méd.-légale, mars 1902.)*

Pareille éventualité pouvant se reproduire d'un meurtrier prétendant avoir perdu la mémoire de son acte, le praticien fera bien d'avoir présentes à l'esprit les différentes formes d'amnésie.

Il distinguera :

1° Les amnésies toxiques (empoisonnement oxycarboné, éthylisme, absinthisme aigu, etc.);

2° Les amnésies traumatiques ;

3° Les amnésiés hystériques (crises de somnambulisme spontané, dédoublement de la personnalité);

4° Les amnésies épileptiques (automatisme, fugue délire des actes post-paroxystique, impulsions homicides).

La connaissance de ces questions de médecine légale importe à un haut degré. Il n'existe pas de corps spécial de médecins légistes. Un praticien peut être appelé à formuler son avis et à déposer en Cour d'assises. La déclaration qu'il fait, si elle est émise en termes compétents et précis, exerce toujours une action sur l'auditoire, et l'impression favorable produite se traduira par une répercussion heureuse sur la clientèle.

CLINIQUE DENTAIRE

Symptômes dentaires du diabète sucré et du tabes. — La chute des dents avec l'âge est un phénomène physiologique. Mais quand la chute des dents se produit avant l'époque habituelle, il faut incriminer un état pathologique dont la cause réside dans un trouble de l'état local ou de l'état général. Si nous considérons cette dernière cause, nous pouvons admettre avec Kronfeld *(Wiener Méd. Woch.)* que les deux premières maladies à incriminer sont le tabes et le diabète sucré.

Les altérations de la mâchoire au cours du tabes sont loin d'être une complication rare. Elles sont intimement unies à l'anesthésie de la muqueuse des gencives à l'endroit malade. Elles peuvent se montrer à chacun des stades de la maladie, mais aussi se présenter à titre de symptôme initial. Elles consistent soit dans la simple chute de la dent, soit dans la chute de la dent accompagnée de nécrose de la partie correspondante de la mâchoire, nécrose qui s'établit avec la plus grande rapidité. L'atrophie et la dégénérescence des racines joue un rôle évident dans l'expulsion spontanée de la dent.

Comme conclusion, on doit tout naturellement penser au tabes chaque fois que l'on est en présence d'un individu d'âge moyen présentant la chute des dents suivie de rétraction de l'alvéole, présentant aussi une insensibilité des dents ou des gencives, qui peut être marquée, au point que le contact de la sonde sur la pulpe vivante ne soit suivie d'aucune douleur ; et lorsque, d'autre part, on ne peut trouver localement une des causes ordinaires de la chute des dents.

Chez les diabétiques, les dents tombent aussi, mais sous l'influence d'un processus tout différent. Il ne s'agit pas ici d'un trouble de l'innervation, mais bien d'une de ces inflammations si fréquentes chez les diabétiques, et qui s'appelle à cet endroit : pyorrhée alvéolo-dentaire, arthrite purulente de l'articulation de la dent avec son alvéole. En outre de la maladie générale qui diminue la force de résistance des tissus, les causes prédisposantes locales jouent un rôle important telles : le gonflement et l'hyperhémie de la gencive, l'accumulation du tartre dentaire (en effet, l'anormale quantité de sucre contenue dans la salive subit la fermentation acide, et est alors neu-

Digitized by Google

tralisée par les alcalins ; le résultat de cette combinaison chimique est la formation du tartre dentaire). D'autre part, dans un pareil milieu, les micro-organismes trouvent un terrain particulièrement favorable à leur développement. Aussi, bientôt la gencive se sépare du collet de la dent qui se recouvre de concrétions profondément enclavées sous la gencive. Entre la gencive et la dent, est formée une sorte de rigole d'où sortira, à la moindre pression, un pus épais et bien lié. La dent remue, elle finira par tomber. Heureusement, sous l'influence du traitement de la maladie générale, la gencive se raffermit, l'écoulement purulent diminue ; enfin, la dent cesse de branler et peut encore servir à la mastication.—R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le congrès des Médecins Aliénistes Neurologistes. — Le mois d'août voit éclore la flore annuelle des congrès. Dans la gerbe de communications que les comptes rendus nous rapportent, tout sans doute ne comporte pas un intérêt de premier ordre. On est en vacances, ce n'est donc pas le moment de fatiguer l'attention par des travaux originaux et lourds. Ce qu'on nous dit aux congrès, nous le savions déjà. Nous assistons à la réédition de faits, d'idées, d'interprétations que nous avions déjà entendus ; et comme cela est exposé dans un cadre neuf, dans un pays qui ne nous est pas familier, au milieu de figures dont nous sommes heureux de faire la connaissance et loin de la ville ou du village où nous fixent notre résidence et nos soucis, nous écoutons avec plaisir et applaudissons de tout cœur.

Deux congrès se sont ouverts au commencement du mois, celui *des Médecins Aliénistes Neurologistes de France* et le *Congrès pour l'Avancement des Sciences :* le premier s'est tenu à Grenoble, le second a choisi Montauban. M. le Dr Lalanne a lu son rapport sur *Les états anxieux dans les maladies mentales.* Le terme de passage entre les névroses et les psychoses à forme d'anxiété est fourni par la *névrose d'angoisse* qui est non une maladie spéciale, mais un syndrome s'associant à diverses maladies, la neurasthénie et la mélancolie en particulier. M. Brissaud rappelle ses leçons de 1890. A propos de l'anxiété paroxystique il avait insisté sur l'état mental de ces malades. Ceux-ci souffrent, il est vrai, d'une sensation de constriction thoracique et d'étouffement ; mais cette sensation s'accompagne d'un sentiment d'angoisse : la terreur de la mort. Peut être en pareil cas existe-t-il une névrose du pneumogastrique, cette explication rendant compte du caractère fondamental de la mélancolie anxieuse qui est la terreur de la mort.

L'angoisse peut exister en dehors d'une affection mentale, mais elle peut aussi s'allier à elle.

Les formes mentales dans lesquelles l'angoisse se montre le plus souvent sont, d'après M. Lalanne, la folie des dégénérés, la manie, la mélancolie, la folie à double forme. On la trouve encore chez les persécutés mélancoliques dans les psychoses d'intoxications, les troubles mentaux névropathiques, la paralysie générale.

Le traitement consiste en *pratiques hydrothérapiques* comme tonique du système nerveux et en *exercices psychiques*, consistant à regarder en face les objets de la terreur, à en démonter les éléments, à en faire valoir l'inanité. M. Lalanne recommande en outre un *traitement pharmaceutique* (nitrite d'amyle, trinitrine, opiacés, bromures, chloral, alitement). Les remèdes ne devront en général être utilisés qu'avec prudence ; ils agiront surtout comme adjuvants du traitement psychique et en prêtant des points d'appui renouvelés à la confiance désespérée du malade.

M. Noguès s'est, lui, occupé de la *maladie des tics.* Nos lecteurs ont eu sur ce sujet une excellente leçon de M. Ballet (no 15). Aucun fait nouveau n'a trouvé place dans le rapport de M. Noguès et dans la discussion qui a suivi.

La troisième question du Congrès a eu trait aux *auto accusations au point de vue médico-légal.* Le rapporteur a été M. Dupré. Nous en reparlerons

Le prochain numéro nous renseignera sur le Congrès pour l'avancement des sciences. Rappelons à nos lecteurs qu'un autre congrès, le *Congrès d'hydrologie*, s'ouvrira comme le Congrès des aliénistes, à Grenoble. L'inauguration aura lieu le 29 septembre prochain. Ce dernier congrès promet d'être fort intéressant tant par la valeur des rapports qui seront déposés, que par l'agrément du séjour et la beauté du site dont les adhérents qui reviennent du Congrès des aliénistes se sont déclarés enchantés.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique par les Drs O. Seifert, Pr à Wurzbourg, et E. Muller, Pr à Marbourg. Traduit sur la dixième édition allemande, par le Dr L. Marchand. — Un vol. in 8° de 324 pages avec 87 fig. dont 1 planche, 6 fr. (Octave Doin, édit.).

Ce travail est fort bien fait, rassemblant sous une forme écourtée bien des renseignements utiles au praticien. Hésite-t-il sur un diagnostic ? Il n'a qu'à ouvrir ce petit livre ; les renseignements essentiels le mettront d'ordinaire sur la voie.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger

Paris. — Imp. Charles Chamerot, 157, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les iritis syphilitiques tardives

par le Dr Albert Terson
Ancien chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu

L'iritis syphilitique est, dans la réalité comme dans l'opinion de presque tous les auteurs, un accident de la période secondaire ou de la période dite de transition. Elle se produit ordinairement entre le quatrième et le vingt-unième mois (Mauriac), du cinquième au sixième mois (Fournier). Mais on sait qu'elle est quelquefois plus précoce, *anticipée*, dirons-nous, coexistant presque avec la cicatrisation du chancre, et d'autre part qu'elle est aussi quelquefois tardive, puisqu'on l'a observée « aux périodes les plus reculées du tertiarisme » (Mauriac), quoique certains ne l'aient jamais observée à cette période. Cependant Schubert, Schrœder, et d'autres syphiligraphes ou ophtamologistes en citent des cas.

Barbeyron (1) parle d'une iritis survenue treize années après le chancre.

Drognat-Landré a noté également des iritis tardives, mais il semble y avoir eu un mélange de cas rhumatismaux et syphilitiques. Dans une assez récente thèse (2), Talbot, sur une série de 222 cas d'iritis syphilitique, note deux cas 8 ans après le chancre, cinq après 10 ans, deux après 17 ans, deux après 16 ans, un après 14 ans, un après 20 ans et un après 27 ans de syphilis.

Dans ces dix dernières années, nous avons plusieurs fois observé des iritis violentes apparues sur le tard chez des syphilitiques avérés, et chez lesquels nous n'avons pu trouver *aucune autre des tares étiologiques* habituelles (rhumatisme, blennorrhagie, diabète, albuminurie, etc.).

Le nommé H. R*** nous consulte en 1899 pour une iritis intense à l'œil gauche. Ce malade a eu la syphilis, il y a dix ans. L'iritis guérit peu à peu par l'atropine et divers remèdes locaux combinés à une cure d'injections à l'huile biiodurée.

Un homme de 66 ans que nous avions déjà vu plusieurs fois pour des cataractes au début, vient tout à coup nous revoir pour une iritis des plus intenses aux deux yeux. Ce malade portait déjà à un œil une petite synéchie reste d'une iritis très ancienne; il a eu la syphilis *il y a 30 ans*. Cette nouvelle iritis, des plus véhémentes, a été traitée par les injections à l'huile biiodurée et les collyres usuels. Mais j'ai été forcé d'y combiner les instillations et surtout les *injections temporales de dionine* qui seules ont eu raison des douleurs violentes et ramené le sommeil. Comme nous l'avons signalé récemment à plusieurs reprises (pour le zona, le glaucome etc.), ces injections réussissent souvent là où les instillations ont échoué. Sauf la syphilis, aucune autre étiologie ne peut être relevée chez ce malade comme chez les autres.

Le nommé B. G*** nous est envoyé en février 1900 par un de nos confrères, médecin des hôpitaux. Il a eu la syphilis il y a 6 ans et une iritis à l'œil *gauche* avec occlusion pupillaire, il y a deux ans. Il nous est envoyé pour une iritis aigue de l'œil *droit* jusque-là resté indemne.

M. W*** a eu la syphilis, il y a 10 ans. Il nous consulte, en 1900, pour une iritis plastique double très bénigne et vite guérie, contrairement aux cas précédents et aux suivants.

M. H***, atteint de syphilis il y a 9 ans, se présente à nous en 1899 pour une iritis monolatérale coexistant avec une *gomme* à la jambe.

Enfin un négociant normand nous consulte, il y a quelques mois, pour une récidive d'iritis *séreuse* des plus intenses. Ce malade a eu la syphilis il y a 18 ans, et un an après il a eu sa première attaque d'iritis aux deux yeux. L'iritis a fait depuis, après des intervalles de guérison, plusieurs réapparitions, et l'on voit que la dernière a eu lieu 18 ans après le chancre. En l'absence, là aussi, de toute autre cause étiologique, n'est-il pas naturel de conclure que la syphilis, encore aujourd'hui, reste l'origine de cette iritis ?

Nous avons observé plusieurs autres cas de ce genre, mais nous ne rappelons ici que les derniers que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Tous ces malades s'étaient soignés dans les premières années de leur syphilis par des traitements mercuriels d'une efficacité douteuse ou minime (pilules).

Peut-être un assez grand nombre d'iritis surviennent à une date variable au cours de syphilis ignorées ou niées.

Nous considérons les iritis citées plus haut comme de nature syphilitique, tout comme si elles s'étaient développées dans les premiers temps de la maladie. La question d'époque ne veut pas dire grand chose, et nous n'avons trouvé chez nos malades, nous le répétons, *aucune autre étiologie* possible.

Il est à peu près aussi naturel de voir une iritis tardive qu'une gomme précoce, comme nous en avons vu (1) *perforant* l'œil dès les premiers mois de la syphilis chez les sujets atteints de tertiarisme précoce, et sur le vieil arbre de la vérole, il peut refleurir un peu tard une lésion qu'on n'attendait plus guère ou

(1) Barbeyron. Cons. sur l'iritis syphilitique (*Th. de Paris* 1872).

(2) Talbot. Rech. statist. sur la syphilis de l'œil (*Th. de Bordeaux*, 1894).

(1) A. Terson. Les gommes précoces du corps ciliaire (*Arch. d'opht.*, 1896).

Digitized by Google

qui récidive (plusieurs de nos malades avaient été autrefois déjà atteints d'iritis dans les premiers temps de l'infection). Nous avons vu des paralysies oculaires, des névrites optiques survenir aussi de très bonne heure tout comme on a vu les hémiplégies et les paralysies faciales précoces, et précéder même l'*iritis*. La syphilis peut revêtir au point de vue oculaire, toutes ses formes secondaires ou tertiaires, quel que soit son âge : ce serait se payer de mots que de dire « iritis chez un syphilitique » au lieu d'iritis syphilitique chez un syphilitique très ancien, alors qu'il n'y a aucune autre étiologie concomitante.

Nous n'agiterons pas la question de savoir s'il s'agit d'iritis *parasyphilitiques*, car aucune considération formelle ne conduit à grouper ces cas sous cette épithète, plutôt consolante qu'offrant toujours un bien solide appui. Les mêmes auteurs qui resteraient sceptiques en face d'une iritis tardive (qu'ils sont obligés de soumettre au traitement spécifique, surtout mercuriel, l'iodure n'ayant qu'un effet minime ou nul sur les iritis), rattacheront d'ailleurs sans sourciller à la syphilis une névrite optique survenue trente ans après le chancre. Ce qui est certain, c'est que, si le malade est en même temps atteint d'une complication *récente*, rhumatisme, diabète, albuminurie, entre autres, qui peut être plus réellement la cause qu'une très ancienne syphilis, le traitement et le régime devront en effet s'inspirer de cette étiologie surajoutée. Mais, en l'absence de toute autre étiologie, c'est la syphilis, si ancienne qu'elle soit, qu'il faudra traiter.

Les iritis tardives ne revêtent pas de forme spéciale : nos cas concernaient surtout de violentes iritis plastiques, mais les autres formes cliniques peuvent être observées.

Huguier, Mackensie admettaient même que le *traumatisme* oculaire non pénétrant chez un syphilitique peut réveiller ou donner une iritis. Mackensie déclare que le froid, des coups, même légers, sur l'œil peuvent donner une iritis à un sujet en état d'infection syphilitique. L.-H. Petit, dans un intéressant travail (1), a rapporté d'ailleurs bien des faits de pathogénie générale qui permettent d'envisager comme plausible cette proposition. Quant à nous, nous avons été consulté, le 12 avril 1902, par un jeune homme ayant eu la syphilis, *il y a 11 ans*, et qui avait reçu quatre jours avant un violent coup de poing sur l'œil gauche. Il existait sur cet œil une iritis intense et on ne pouvait déceler aucune trace, si légère qu'elle fût, d'érosion sur la cornée ou le reste de l'œil. Sans qu'on puisse l'affirmer, on ne doit pas nier que le traumatisme a produit chez lui un genre de lésion qui n'existe presque jamais sans solution de continuité, chez les sujets qui reçoivent un coup sur l'œil.

Même après la blennorrhagie on observe aussi des iritis inopinées survenant longtemps après la guérison de l'uréthrite.

L'iritis *blennorrhagique* se produit dans la grande majorité des cas au cours de l'infection blennorrhagique *articulaire* : elle coexiste ou alterne avec elle. Il est quelquefois à remarquer que l'iritis blennorrhagique se produit, et même chez la femme, indépendamment de toute complication articulaire, enfin, dans certains cas, l'iritis peut aussi être *tardive*, c'est-à-dire que la blennorrhagie est guérie depuis longtemps, sans la moindre goutte chronique et les accidents de rhumatisme blennorrhagique n'ont pas paru ou n'ont plus reparu, lorsque le sujet est atteint pour la *première fois* après un temps variable de mois et d'années, d'une *iritis*, souvent à *récidives*, qu'on est obligé de rattacher à l'infection blennorrhagique qui a atteint le sang et les articulations, et qui s'est *en dernier* lieu, et souvent assez tard, terminée par une localisation irienne. Nous avons signalé des faits de ce genre dans la thèse de Lipski (1) et nous en avons observé d'autres depuis.

Il y a là aussi des *iritis tardives de la blennorrhagie*, maladie générale dont les étapes sont d'ailleurs sans comparaison formelle avec celles de l'infection générale syphilitique.

Dans les cas dus à la blennorrhagie à l'origine, et où l'iritis ensuite récidive à tout propos et alterne avec les douleurs articulaires *engendrés pour la première fois* par une blennorrhagie, le traitement général a peu d'action. La térébenthine, le santal paraissent préférables au salicylate de soude ou de lithine, bien moins efficaces ici que dans le rhumatisme non blennorrhagique.

Une cure d'*injections biiodurées* nous a plusieurs fois donné de bons résultats sur l'iritis et la tendance aux récidives oculaires. Maladie générale endo-infectieuse, la blennorrhagie avec *infection généralisée* doit être traitée ici comme la syphilis. S'il reste une uréthrite chronique, on peut la traiter, mais on n'obtient pas toujours sur les accidents oculaires le résultat désiré et nous avons connaissance d'un cas où le traitement uréthral, pourtant si logique, entraîna une recrudescence d'iritis.

L'évolution des iritis syphilitiques tardives que nous avons traitées comme à l'ordinaire (frictions, et surtout injections de bi-iodure, sans pour cela supprimer totalement le traitement par ingestion de bi-iodure et iodure à l'intérieur), n'a rien présenté de

(1) L. H. Petit. Rapports de la syphilis et du traumatisme (*Th. de Paris*, 1875).

(1) Lipski. Complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie (*Th. de Paris*, 1895).

Digitized by Google

spécial. Comme analgésique, l'injection *temporale de dionine* a fait merveille dans le cas d'iritis sénile que nous rapportons plus haut. Une seule injection a suffi à produire ce que les instillations de dionine ne donnaient point suffisamment, l'analgésie complète. Le cas a été un peu traînant, malgré le traitement intensif par les injections, mais cela ne saurait être un argument contre l'origine syphilitique de cette iritis, l'iritis spécifique ayant presque toujours une marche subaiguë et assez tenace. Nous avons plus d'une fois observé combien la syphilis oculaire des vieillards est plus rebelle au traitement, et combien ses manifestations oculaires sont plus graves, arrivant même à la gomme précoce et perforante de l'œil. Nous parlons ici de la syphilis contractée *tardivement*, et nous y avons déjà fait allusion (*Traité de Chirurgie*, Le Dentu-Delbet. V. *Maladies de l'œil*) Nous avions vu en effet plusieurs cas de contamination sénile, accompagnées d'occlusion pupillaire avec dénutrition du cristallin et cataracte rapide malgré un traitement intensif. Bien que nous ayons vu aussi plusieurs fois des vieillards tardivement contaminés guérir, comme des jeunes gens, de leurs iritis syphilitiques, nous considérons que la *syphilis oculaire des vieillards* reste *le plus souvent* maligne, galopante et rebelle.

Les syphiligraphes savent d'ailleurs (et ont récemment insisté sur ce point) (1), combien la syphilis tardivement reçue exerce de ravages sur l'organisme affaibli du vieillard, et combien le traitement a moins de prise sur elle, tandis que le jeune sujet, s'il n'a pas un état constitutionnel débile ou une autre diathèse ou affection générale préalable (tuberculose), lui résiste victorieusement, et voit ses accidents céder vite au traitement spécial. On sait que le vieillard peut mourir rapidement d'accidents généraux graves, et nous avons vu un vieillard atteint au bout de deux mois d'énormes gommes cutanées et oculaires, succomber malgré toute thérapeutique.

Les iritis tardives de la syphilis et de la blennorrhagie, témoignant de la persistance de l'infection sanguine, même sans autres signes, réclament le traitement par les injections hydrargyriques solubles.

Le traitement par injections, essentiellement pénétrant et bien toléré, est ici plus indiqué que jamais, en présence d'une manifestation *jeune* du virus syphilitique se produisant encore de longues années après l'infection sanguine, et donnant ainsi un témoignage irréfutable de sa persistance et de sa résistance. Après avoir essayé un peu toutes les injections mercurielles, même intraveineuses, nous avons conservé l'habitude de faire dans la plupart des lésions syphilitiques de l'œil, des cures d'injections avec l'huile bi-iodurée de Panas.

Nous injectons tous les deux jours, *en une fois*, *deux* centimètres cubes de la solution à 4/1000, et, entre nos mains, en ayant bien soin de vérifier si du sang ne vient pas par la canule avant de pousser l'injection, il ne s'est produit *aucun* accident sur des milliers d'injections. Nous préférons injecter une plus grande quantité de la solution ordinaire que d'injecter une faible quantité d'une solution beaucoup plus concentrée, réalisable avec certaines huiles, et qui peut prédisposer davantage aux eschares. Les injections de solutions aqueuses de bi-iodure ont toujours paru beaucoup plus douloureuses.

Ce n'est qu'en présence d'une gomme ciliaire à tendance perforante et coïncidant avec d'autres accidents de tertiarisme des plus graves, qu'après un court essai de l'huile au bi-iodure, nous recourons à l'injection de calomel, que nous avons vue réussir dans des cas désespérés.

L'iodure, les pilules, le sirop de Gibert sont généralement d'un effet très médiocre, employés seuls, dans les inflammations syphilitiques intenses de l'iris. Les frictions conviennent à ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas faire d'injections.

(1) G. Baudoin. Les syphilis graves précoces (*Th. de Paris*, 1889). — E. Lebard. Etude sur la syphilis contractée après 60 ans (*Th. de Paris*, 1898).

CLINIQUE MÉDICALE

La goutte et les goutteux (1)

Par M. le Dr Bouloumié

1° *Manifestations abarticulaires.*

Les manifestations abarticulaires de la goutte sont aussi fréquentes, et plus fréquentes peut-être, que les manifestations articulaires. Parmi elles, les unes sont antérieures, les autres concomitantes ou même consécutives à celles-ci.

On ne peut établir une chronologie précise des accidents goutteux, ni tracer des limites exactes aux périodes de la goutte, parce que de nombreuses causes individuelles et autres viennent influencer sa marche.

On peut toutefois considérer trois périodes principales.

La première (période des manifestations abarticulaires fonctionnelles), dans laquelle les manifestations abarticulaires se montrent seules, plus ou moins intenses, variées, multiples, prolongées.

La deuxième (période des manifestations articulaires franches), au cours de laquelle les phénomènes articulaires se manifestent avec plus de fixité et de

(1) Voir le n° 33 du *Journal des Praticiens*.

Digitized by Google

régularité d'abord, puis de fréquence, semblant avoir fait disparaître les symptômes abarticulaires de la première période, ou tout au moins les ayant mis au second plan.

La troisième enfin, (période de manifestations articulaires et abarticulaires chroniques avec désordres anatomo-pathologiques), qui est celle des troubles généraux avec hyponutrition marquée, des lésions anatomiques des divers systèmes et appareils, résultant de l'intoxication prolongée de l'organisme, et des désordres locaux résultant des atteintes antérieures ou d'atteintes nouvelles à forme torpide et à marche lente.

A chacune de ces périodes de l'évolution morbide, qu'on ne peut délimiter avec la précision qu'on pourrait mettre à décrire le cycle d'une maladie aiguë, correspondent des symptômes spéciaux.

Je ne parle ici que de la goutte héréditaire, celle que nous pouvons le mieux dépister dans ses débuts et dont nous pouvons suivre depuis l'enfance les diverses manifestations avec leur enchaînement.

Pour la bien étudier il faut l'envisager au point de vue de l'âge et au point de vue des manifestations sur chacun des grands appareils de l'organisme.

Considérées au point de vue de leur succession chez le même individu observé depuis son enfance, ces manifestations peuvent être catégorisées ainsi :

1° Pendant la première enfance : éruptions, eczéma, sec généralement, non croûteux, très prurigineux, évoluant par poussées successives, pouvant apparaître déjà chez le nourrisson, alternant avec d'autres manifestations arthritiques associées. (Voir Comby, *Arthritisme chez les enfants;* Leullier, *de l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson, Th. de Paris*). Peu après impetigo;

2° Pendant l'enfance : rhumes, coryzas, bronchites, toux quinteuse, forme spasmodique, asthme. Chez les jeunes arthritiques, dit Comby, toutes les muqueuses des voies respiratoires sont d'une sensibilité excessive et d'une irritabilité extraordinaire;

3° Pendant la seconde enfance : épistaxis, angines, poussées d'urticaire, asthme ;

4° Vers l'adolescence : névralgies et céphalées ;

5° Entre l'adolescence et la puberté : eczémas, dyspepsie (aigreurs, flatulences), vertiges, angoisses précordiales, migraines ;

6° Vers la puberté : manifestations circulatoires, éréthisme cardiaque, palpitations, douleurs, angoisses précordiales, dyspnée, lipothymies; plus, chez les filles, symptômes de chlorose, algies ovariennes, dysménorrhée douloureuse. Déjà souvent à cette époque : manifestations urinaires (urines alternantes);

7° A l'âge adulte : rhino-pharyngite, pharyngite glutineuse, granuleuse, dyspepsie, flatulente surtout, urines manifestement et fréquemment alternantes, torpeur du foie, avec symptômes divers plus ou moins apparents, mais réels, de trouble fonctionnel du foie, douleurs et symptômes dyspeptiques alternant avec les symptômes néphrétiques ou coexistant avec eux ; pléthore abdominale ; douleurs névralgiques, sciatiques principalement ; douleurs lombaires et cervicales ; sensations bizarres de frisson local, d'élancements, de constriction, de chatouillement du côté des lombes et des cuisses ; douleurs passagères. sans tuméfaction péri-articulaire, aux pieds, au gros orteil spécialement, sensibilité anormale de la plante du pied par la marche ; crampes fréquentes dans les mollets, troubles circulatoires passagers, souvent avec gêne ou angoisse précordiale, etc..., quelquefois rien du tout avant que l'accès apparaisse.

Nous voilà, en effet, arrivés à la période classique des accès à la deuxième période.

Deuxième période. — Cette période est celle des accès francs, celle au cours de laquelle la goutte se montre avec ses symptômes classiques, vers 30 ans chez le goutteux héréditaire, vers 40 ans dans le cas de goutte acquise. Je n'ai guère plus à vous en dire que ce qui se trouve dans tous les livres. Je vous rappellerai cependant certains points en y ajoutant quelques mots d'observation personnelle.

Les accès sont souvent précédés d'un peu de malaise gastro-intestinal, d'alourdissement, de torpeur, mais souvent, il faut le reconnaître, ils apparaissent brusquement sans symptôme prémonitoire quel qu'il soit, j'en ai noté de nombreux cas.

Ils surviennent le plus souvent à l'automne ou au printemps sans qu'on sache trop pourquoi, mais ce qui est encore plus incompréhensible et bizarre, j'en ai vu plusieurs cas, ils éclatent parfois dans plusieurs générations successives au même âge, à quelques mois près et à la même date, et pendant plusieurs années ils reviennent toujours exactement à cette même date.

Un premier accès siégeant aux pieds n'est que très exceptionnellement suivi de déformation persistante, tandis qu'un premier accès siégeant à la main en est assez souvent suivi ; mais il faut ajouter que l'accès à la main est dans la très grande majorité des cas précédé d'accès aux pieds.

Un premier accès siégeant au genou est rare mais pas absolument : j'en ai observé un certain nombre et dans ce cas il n'est pas toujours facile de le distinguer d'un accès de rhumatisme.

J'ai vu un certain nombre d'accès débutant toujours par une angine, prise plusieurs fois pour une angine phlegmoneuse, qui généralement disparaît dès qu'une articulation se prend. Chez l'un de mes malades, il n'y a jamais eu d'accès de goutte articulaire sans qu'il y ait eu, tout d'abord, une angine.

J'ai observé aussi des cas où l'accès de goutte a

Digitized by Google

débuté par des douleurs néphrétiques simulant, à s'y méprendre, la colique néphrétique causée par la mise en mouvement d'un calcul.

J'ai vu chez un malade, habituellement très gai, très en dehors, l'accès débuter par une crise d'hypochondrie parfois prolongée, ne cédant qu'à l'apparition de la douleur articulaire, ou se prolongeant pendant 6 et 8 semaines si celle-ci n'apparaissait pas.

J'ai noté encore bien d'autres variétés d'accès de goutte, mais je m'en tiens, faute de temps, à la mention de celles-ci, qui suffisent à mettre en garde contre des erreurs de diagnostic que leur ignorance entraînerait sûrement.

Pendant cette période, les accès reviennent habituellement d'abord une fois l'an, puis deux fois, ne durent que quelques jours et ne modifient que temporairement le volume, la forme et le fonctionnement des parties atteintes ; ensuite ils deviennent plus longs et sont à résolution plus lente ; puis enfin, progressivement, ils deviennent plus fréquents et plus prolongés et en arrivent à laisser après eux un degré plus ou moins marqué d'impotence, avec déformation le plus souvent.

La maladie s'achemine ainsi vers sa 3e période, au cours de laquelle les accès sont pour ainsi dire subintrants, ne présentant plus les caractères d'acuité des périodes précédentes, mais se traînant indéfiniment, reparaissant à toute occasion et sans cause appréciable, laissant après eux un endolorissement, une raideur et un engorgement qui, joints aux déformations, habituelles alors, rendent le malade plus ou moins impotent et le laissent dans état de déchéance physique manifeste. C'est alors qu'il est exposé aux maladies chroniques des voies urinaires, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, qui ne sont pas généralement des accidents goutteux proprement dits, mais plutôt des accidents paragoutteux, auxquels l'état diathésique imprime son cachet et fournit des éléments de durée ou de récidive, dont il faut tenir compte dans le traitement.

Les différences d'aspect des goutteux et de forme de la maladie peuvent être des causes d'erreur qu'à ce titre je crois devoir vous signaler.

On se représente généralement le goutteux comme un individu à l'aspect vigoureux et sanguin, au teint coloré, à l'abdomen un peu développé, présentant les attributs extérieurs de ce qu'on est convenu d'appeler un bon vivant ; l'on a raison, mais il ne faut pas croire que tous les goutteux répondent à ce type. Il y a plusieurs formes de goutte, il y a plusieurs sortes de goutteux.

Il y a une goutte franche, à allures nettes, à accès réguliers faisant franchement mal et finissant franchement bien, laissant entre eux des périodes de bien-être à peu près complet ; c'est la forme floride, mais il y a aussi une goutte sournoise, à manifestations bâtardes, vagues, à accès mal caractérisés, finissant mal, ne laissant entre eux que des intervalles de santé plus ou moins médiocre : c'est la forme torpide. De même il y a des goutteux hypersthéniques et des goutteux hyposthéniques.

Les premiers qui présentent les attributs du goutteux type exubérant, vultueux, plutôt gras, souffrent surtout des formes florides et franches, qui sont celles de l'homme encore jeune et de la femme arrivée à l'âge de la ménopause ; les seconds comprennent d'anciens goutteux florides débilités et des goutteux débiles d'emblée ; ils présentent généralement les attributs de l'anémie ou de l'hydrémie. Parfois cependant ce n'est que par un examen plus attentif qu'on peut les ranger dans cette catégorie, car certains d'entre eux ont cet aspect pléthorique que les anciens appelaient la pléthore *ad vasa* et qui donne au premier abord l'illusion d'un sujet sanguin et vigoureux. C'est la goutte des adolescents, des femmes, des hommes surmenés et des vieillards, et ses manifestations sont tout autant abarticulaires qu'articulaires.

Après cette simple esquisse, à laquelle je dois me borner ici, des divers aspects de la goutte, je dirai quelques mots des symptômes les plus importants à connaître parmi ceux que présentent les divers appareils.

Du côté des voies digestives, on constate des troubles qui s'accusent dès l'enfance par de l'anorexie et des perversions diverses de l'appétit, des poussées de gastro-entérite, de la tendance à la constipation, de l'entérite muco-membraneuse, souvent sableuse, des vomissements périodiques ou cycliques se répétant à intervalles plus ou moins éloignés et se présentant sous forme de crises avec intolérance gastrique durant quelques jours et cessant aussi brusquement qu'elles ont apparu. Plus tard existent des troubles dyspeptiques de formes diverses qui, chez les adolescents, sont surtout caractérisés par des malaises, des pesanteurs peu après les repas, puis du ballonnement, des aigreurs, des flatulences dus à l'hyperchlorhydrie simple ou liée à de la stase gastrique avec fermentations, parfois des crampes et généralement de la constipation habituelle entrecoupée de débâcles diarrhéiques. L'âge adulte étant arrivé, ces symptômes persistent plus ou moins, parfois cependant disparaissent, au point que certains malades commencent par vous répondre : « Je digèrerais du fer » bien que ce pendant en poursuivant l'interrogatoire on trouve chez eux des symptômes très nets de dyspepsie et que chez beaucoup il y ait

Digitized by Google

du catarrhe gastrique et une dyspepsie nervo-motrice et secrétoire, que révèle l'examen plus approfondi.

L'appétit est néanmoins conservé généralement; il est souvent même plutôt exagéré. Plus tard, dans les formes ordinaires, et déjà avant chez certains sujets, particulièrement chez ceux qui n'ont pas d'accès articulaires francs, la dyspepsie s'accuse plus intense, plus gênante et souvent douloureuse ; elle semble liée à une gastrite, qu'on a imputée, en se basant sur des analogies expérimentales, à la présence de dépôts uratiques dans les follicules muqueux de l'estomac et de l'intestin, hypothèse qui attend encore sa confirmation et qui, bien que j'aie vu des cas dans lesquels tout symptôme dyspeptique ait disparu à l'apparition d'un accès de goutte pour ne reparaître que longtemps après et disparaître de nouveau pour un temps plus ou moins long après un nouvel accès articulaire, paraît devoir être rattachée à de l'hyperchlorhydrie en rapport avec des fermentations gastriques. Chez certains sujets j'ai noté des crises d'hyperchlorhydrie, nettement caractérisées, donnant lieu à des douleurs qui faisaient tout d'abord penser à de la gastralgie par lithiase biliaire, autrement dit à des coliques hépatiques à forme gastralgique.

La constipation est fréquente chez ces malades, mais pas plus que les symptômes de dyspepsie gastrique, gastro-intestinale ou hépatique, elle n'est constante, et, chez certains, on ne peut vraiment rien constater d'anormal dans le fonctionnement de l'appareil digestif; aussi ne peut-on pas admettre comme s'appliquant à tous les cas l'aphorisme de Brinton : « L'estomac est le milieu dans lequel la goutte est créée ».

Du côté du foie on constate généralement des troubles fonctionnels et assez souvent des états congestifs appréciables, parfois passagers, intermittents, ce qui les fait méconnaître, d'autant mieux qu'il faut souvent, pour apprécier ces troubles fonctionnels, qui se résument en une insuffisance absolue ou relative, s'aider de l'analyse des urines. Aussi a-t-on noté surtout son augmentation de volume et ceux qui ne l'ont pas constaté ont-ils pensé que le foie était beaucoup moins souvent atteint dans la goutte qu'on ne l'a dit. On a cependant, en Angleterre surtout, fait grand état de la torpeur du foie dans la goutte, à mon sens avec grande raison. Le foie joue un rôle tellement important dans les transformations qu'ont à subir les produits de la digestion et les déchets de la nutrition qu'un trouble de son fonctionnement primitif, ou secondaire, paraît fatal quand on voit des peptones, des matières azotées incomplètement élaborées ou transformées et un excès des matières extractives diverses apparaître dans les urines ou s'accumuler dans l'économie ; or, c'est précisément ce qui arrive dans la goutte, l'état des urines le démontre.

Les principales modifications que je vous signalerai du côté des urines portent sur la quantité et sur la qualité, les unes témoignant d'un trouble circulatoire local et plus tard d'une altération anatomique ; les autres de troubles de nutrition dans les éléments cellulaires et dans le fonctionnement du foie.

Au point de vue de la quantité et de l'aspect des urines, j'attire tout particulièrement votre attention sur ce que j'ai appelé les *urines alternantes*, parce que c'est là un signe fréquemment observé de l'état goutteux et qu'il indique un trouble vaso-moteur et sécrétoire à ne pas négliger. J'entends par ces mots des urines qui, *sans cause appréciable*, sont, à intervalles variables, alternativement (*a*) limpides, claires, abondantes, peu denses et peu riches en matériaux azotés, en acide urique notamment, ressemblent à des urines d'hystériques, puis (*b*) troubles dès l'émission ou se troublant aussitôt refroidies, colorées, modérément abondantes, très denses et très riches en acide urique et urates. Les premières témoignent d'une rétention des matières extractives, laquelle concorderait avec la théorie de Garrod, qui veut que le rein soit primitivement atteint dans la goutte, les secondes avec une sorte de décharge critique de tous ces éléments retenus dans le sang, qui, à un moment donné, ont forcé la barrière rénale. La cause en est, non dans une lésion matérielle du rein, qui n'existe pas à cette période de la goutte, puisque ce phénomène se montre de bonne heure, mais dans des troubles circulatoires locaux et dans une susceptibilité spéciale du rein chez les goutteux, qui expose cet organe à des troubles fonctionnels d'abord, et plus tard à des altérations de ses tissus nobles et connectifs, et à des maladies de ses canaux excréteurs.

Ces différences dans la sécrétion urinaire chez le goutteux rendent compte des différences qu'on constate dans les auteurs sur sa composition habituelle et de celles qu'on observe chez un même sujet d'une analyse à une autre.

Mes observations personnelles, portant aujourd'hui sur un très grand nombre de goutteux, me permettent de vous dire que ce sont les conclusions de Lecorché qui répondent le mieux aux constatations que, dans un laboratoire de clinique, on peut faire en suivant de nombreux malades. A ses conclusions, toutefois, j'ai été amené, par un travail de synthèse sur les résultats de mes analyses, à apporter quelques modifications.

Avec lui j'admets trois périodes chez le goutteux classique, goutteux héréditaire, hypersthénique.

Dans une première période prémonitoire de la goutte, au cours de laquelle généralement il est fait un excès d'alimentation, carnée surtout, il y a exagération de nutrition, d'où exagération des déchets que malgré leur suractivité le foie parvient à peine à transformer et le rein à éliminer régulièrement,

Digitized by Google

d'où des urines contenant un excès d'urée, d'acide urique et d'acide phosphorique et souvent déjà des peptones et de l'urobiline.

Dans une seconde période de la goutte classique, au cours de laquelle généralement les mêmes erreurs alimentaires sont commises, et l'exercice musculaire est insuffisant, l'urine présente les mêmes caractères, mais exagérés en ce qui concerne l'excès d'acide urique et de matières extractives, par rapport à l'urée.

Dans la troisième période de déchéance goutteuse, les urines pâles de densité faible, peu acides, peu riches en urée et en acide phosphorique, relativement encore riches en acide urique par intervalles, trahissent l'état d'hypofonction des divers éléments de l'organisme, et l'insuffisance rénale jointe à l'insuffisance hépatique résultant de l'hyperfonction antérieure et de l'irritation trop répétée et trop prolongée de leurs éléments constitutifs par la série des produits azotés de la désassimilation sans cesse en excès.

Les urines de cette troisième période sont celles que, par intervalles seulement, on trouve au cours des deux périodes précédentes, qui sont celles où se manifeste le phénomène de ces urines alternantes.

L'analyse des urines est, vous le voyez, d'une importance réelle au point de vue des indications thérapeutiques, car elle témoigne de l'état de la nutrition. Elle renseigne même très exactement quand elle absolument complète; mais, d'exécution facile et assez rapide, telle que je viens de vous la signaler, elle donne des renseignements précieux et suffisants dans la généralité des cas. Il y a lieu toutefois d'ajouter, dans le cas de goutte déjà ancienne surtout, le dosage de l'acidité totale à ceux de l'urée, de l'acide urique et des phosphates, car il y a vraiment parmi les vieux goutteux des hypo-acides auxquels on doit interdire les alcalins et prescrire les acides : nous y reviendrons à l'occasion du traitement.

Troubles circulatoires. — Parmi les troubles circulatoires observés chez les goutteux, je vous signalerai les épistaxis, les hémoptysies, les varices et les hémorroïdes et surtout l'état de la tension artérielle.

Les épistaxis se montrent surtout dans la seconde enfance et dans l'adolescence et ne sont pas à cette période (période pré-goutteuse) d'une importance considérable. Il en est autrement de ces épistaxis peu abondantes généralement, mais fréquentes, très fréquentes même, matinales en général, qu'on observe chez les goutteux déjà assez avancés en âge et qui sont en rapport avec l'artério-sclérose et souvent avec la néphrite interstitielle. Ces épistaxis dont les malades ont une grande tendance à se réjouir, disant que « ça les dégage » doivent attirer votre attention vers l'état de la circulation et l'état des reins et vous engager à vous montrer sévères en ce qui concerne l'hygiène, alimentaire surtout.

Les hémoptysies se montrent beaucoup plus rarement ; elles surviennent tantôt à l'âge où se montrent les hémoptysies tuberculeuses ou prétuberculeuses, tantôt plus tard et sont souvent très difficiles à distinguer de celles-ci. Vous pourrez toutefois les différencier assez souvent en étudiant l'état des urines et surtout l'état de la tension artérielle que vous trouvez le plus généralement abaissée chez le tuberculeux ou le menacé de tuberculose, plutôt élevée chez l'arthritique. Il semble exister chez les goutteux une faiblesse spéciale, héréditaire ou innée du tissu veineux. On trouve chez eux une sorte d'éréthisme veineux que Rendu attribue à l'uricémie, c'est-à-dire au contact prolongé de la paroi interne avec un sang chargé d'acide urique et qui se manifeste surtout chez les neuro-arthritiques; on trouve encore chez eux ces manifestations que Censier a décrites sous le nom de rhumatisme veineux, avec périphlébite et parfois endophlébite, mais on voit surtout l'état variqueux, lié d'abord à l'atonie du tissu conjonctif qui forme la paroi veineuse, puis à la dégénérescence des fibres musculaires et à la dilatation des *vasa vasorum*, altérations fonctionnelles et anatomiques qui aboutissent à la distension veineuse par diminution de contractilité. Ces phénomènes sont d'observation facile dans leurs manifestations cliniques aux environs des articulations qui ont été récemment atteintes d'un accès de goutte. Les phlébites que j'ai eu l'occasion de voir chez les goutteux étaient à proprement parler des périphlébites plutôt que des endophlébites thrombosiques, et cela s'explique car elles peuvent être considérées ici comme une aggravation de la phlébite chronique spéciale qui existe dans les varices diathésiques ou comme une poussée aiguë de cette même sorte de phlébite. Je l'ai vue apparaître comme accident aigu, tantôt consécutivement à un accès de goutte, tantôt au lieu et place d'un accès articulaire. Je l'ai rencontrée à évolution lente et à poussées douloureuses, névralgiques plutôt qu'inflammatoires généralement, affectant une forme chronique.

Les hémorroïdes sont fréquentes dans la goutte et, comme les varices en général, elles sont parfois chez les goutteux plus douloureuses que développées. Chez un certain nombre de malades j'ai noté que leur flux semblait avoir par intervalles remplacé un accès de goutte ; chez l'un d'eux, notamment, j'ai vu se succéder des hémorroïdes, des coliques néphrétiques par gravelle urique, des coliques hépatiques, des accès de goutte, de l'hématurie rénale, et j'ai vu

Digitized by Google

ces hématuries pour lesquelles on voulait faire une néphrectomie ou tout au moins une néphrotomie, opération à laquelle je me suis pour ma part opposé, disparaître du jour au lendemain par la réapparition du flux hémorroïdal.

Manifestations circulatoires de la goutte. — On a depuis longtemps constaté l'influence de la goutte sur l'appareil circulatoire. Il y a plus de 25 ans, en 1875, j'écrivais cette phrase : « On pourrait dire, sans exagération, que les lésions artérielles sont à la goutte ce que les lésions cardiaques sont au rhumatisme. » Je la considère encore comme étant l'expression de la vérité, et cela d'autant plus que depuis lors mes recherches se sont multipliées et précisées, et que le maître en pathologie cardio vasculaire devant lequel je parle, M. Huchard, exprime la même pensée dans cet aphorisme qu'il vous cite souvent : « La goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur. » C'est donc du côté des artères que se concentre l'intérêt de l'étude de la circulation chez le goutteux.

Ici encore nous retrouvons deux types différents : les hypertendus et les hypotendus ; les premiers beaucoup plus nombreux que les seconds, de même que les goutteux florides hypersthéniques auxquels correspondent généralement les hypertendus, sont plus nombreux que les hyposthéniques auxquels correspondent généralement les hypotendus. M. Huchard considère l'artério sclérose comme si commune chez les goutteux héréditaires, que chez eux, dit il, on la voit se développer lentement, avant même l'apparition des symptômes articulaires. L'artério-sclérose est, vous le savez, précédée dès longtemps par l'artério-spasme qui provoque l'hypertension : c'est donc celle-ci qu'on doit trouver d'abord chez les goutteux. Les examens très nombreux de l'état de la tension artérielle et de la tension artério-capillaire auxquels je me suis livré sur ces malades, montrent bien qu'il en est ainsi, et les recherches expérimentales montrent qu'il doit en être ainsi. Il y a donc concordance entre les résultats de l'expérimentation et de la clinique, ce qui est la meilleure preuve de l'exactitude des résultats obtenus et des conclusions formulées. Haig, qui depuis longtemps avait montré l'action vaso-constrictive de l'acide urique dans le sang, reproduisant, en 1878, ses assertions antérieures, ajoute que les médicaments hypotenseurs n'agissent qu'en débarrassant le sang de son acide urique et en entravant sa production, et Croftan, dans un travail sur le rôle des bases alloxuriques dans la production des altérations cardio-vasculaires, démontre par des expériences nombreuses que ces bases et principalement la xanthine et l'hypoxanthine produisent l'hypertension, que retenues dans le sang en certaine proportion, elles provoquent secondairement des lésions de l'endartère auxquelles viennent plus tard s'ajouter des lésions de l'endocarde, et qu'elles deviennent la cause de néphrites comme dans la goutte. Peut-on trouver une démonstration plus nette de ce que nous constatons en clinique ? Je ne le crois pas, et je m'en tiens là.

Chez certains goutteux, toutefois, je l'ai dit, on trouve de l'hypotension, mais c'est alors chez des malades déjà affaiblis par la maladie ou chez des goutteux hyposthéniques, chez lesquels l'état de la tension artérielle, véritable critérium de la vitalité, indique un état de déchéance innée ou acquise. On le constate généralement chez des neuro-arthritiques neurasthéniques, chez les goutteux débiles à tendances anémiques, chez les vieux goutteux débilités par les progrès de la maladie ou l'abus de certains médicaments dits anti-goutteux.

Il me resterait bien des choses à vous dire encore tant sur les sujets que je n'ai fait qu'effleurer que sur les manifestations névropathiques chez les goutteux, sur les transformations des manifestations goutteuses, le diabète goutteux notamment, sur les relations de la goutte avec les lithiases, sur ses complications, sur l'urémie petite et grande des goutteux en particulier ; enfin sur les diverses manières dont meurent les goutteux et surtout sur le traitement de la goutte, si différent suivant ses formes et ses périodes, mais j'ai épuisé et déjà dépassé le temps qui m'a été accordé, et m'en tiens là pour aujourd'hui. Je termine en vous disant que dans les villes, la goutte est, de nos jours, aussi fréquente dans la clientèle que l'est l'alcoolisme dans les salles d'hôpitaux, et qu'à ce titre elle mérite toute votre attention.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La responsabilité du chirurgien en matière d'opérations.

La tendance se poursuit et s'exagère de jour en jour davantage, de rendre le chirurgien responsable des accidents qui surviennent à ses opérés. Sans doute de tout temps il en était un peu ainsi. Un médecin perd un malade : il l'a tué. Un chirurgien perd un de ses opérés : il l'a encore tué. Quand le malade ou l'opéré succombe, c'est la faute du médecin ou du chirurgien. On le disait hier : on le dit encore aujourd'hui. Mais hier on le disait entre soi ; la rumeur publique, des bruits vagues répandaient le méfait. Aujourd'hui on se gène moins : des accusations précises se font jour ; on en réfère aux tribunaux. La mort, suite de maladie ou d'opération, devient un motif à

Digitized by Google

spéculation : la famille réclame des dommages-intérêts. C'est toujours autant de gagné. Le médecin et le chirurgien, s'ils ne sont pas condamnés à la forte somme, paieront au moins les frais d'enterrement.

Les chirurgiens surtout sont visés. Les médecins livrent moins prise, le résultat de leur intervention ne se dégage pas avec netteté. Ce n'est pas inopinément, quelques heures après avoir pris une drogue, que le malade succombe : généralement il n'en est pas ainsi, et le bonhomme a le temps de vider bien des fioles avant de partir pour l'autre monde ; pour le chirurgien, c'est l'opération qui est cause de tout. Le malade allait bien, on l'opère, il meurt. Haro sur le chirurgien ! Le tribunal correctionnel est saisi, la plainte suivra son cours.

C'est bien là une conséquence directe de notre organisation sociale, que cette tendance à incriminer les actes d'autrui. On n'est pas compétent pour juger. Qu'importe ! Point n'est besoin d'être renseigné avec certitude. Le principe d'égalité qui est entré dans nos mœurs, a développé jusqu'à boursouflure grotesque, et a dressé dans le sens le plus agressif le sentiment de la personnalité et les aiguillons de l'envie. On se croit volontiers un personnage, et on en veut aux plus fortunés que soi. Les familles se gonflent, s'irritent, cherchent noise ; gare si le confrère se trompe. Il ne sera pas mauvais de lui fendre l'oreille pour rabattre sa morgue. Cela fait toujours plaisir d'entraîner sur les bancs de la correctionnelle un homme honorable, jouissant de la faveur et de la considération publiques. Etonnez-vous après cela qu'on accuse notre confrère de maladresse ou de négligence. Une seule chose surprend : que pareille aventure ne se répète pas tous les jours. Cela viendra, ne désespérons pas.

Un moyen unique nous reste de nous garantir : d'imiter la conduite de nos confrères d'Anderson, dans l'Indiana.

Avant d'entreprendre une opération, ils font signer à la famille un acte qui dégage leur responsabilité. En cas d'issue fatale, ils n'en peuvent mais ; la famille n'aura pas droit de réclamer, ni de poursuivre judiciairement. Cela, c'est fort bien. Ce procédé traduit une prudence salutaire. On ne sait pas toujours à qui l'on a affaire. Le chirurgien prévient sans doute la famille du danger possible ; jusqu'aujourd'hui il se contentait d'un avertissement oral. Dans nos mœurs actuelles, cette conduite n'assure pas toujours une sécurité pafaite. Mieux vaut se mettre à l'abri à l'aide d'un papier bien en règle, paraphé de signatures en due forme. C'est là une modification des usages qui ne laisse pas d'ouvrir la porte à des rêves empreints de quelque mélancolie. Le médecin ami de la famille, où est-il? La fameuse formule de Plaute reprise par Hobbes : *Homo homini lupus*, reste toujours de mise et étend au corps médical la vérité de son application : *Homo medico lupus*. Une pareille constatation porte à réfléchir; elle ne saurait nous émouvoir si, pour en atténuer les effets, nous avions pris soin de nous grouper en une association de défense puissante, énergique et fortement centralisée. L'idée d'une Fédération médicale que nous avons développée, il y a quelques mois, a pu faire sourire quelques-uns. Elle n'en répond pas moins à un besoin créé par le courant des mœurs modernes.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La lécithine. — Les effets de la lécithine continuent de susciter des recherches. MM. Leclerc et Porteret viennent de publier le résultat de leur expérience clinique et des investigations de laboratoire qu'ils ont entreprises à ce sujet (*Lyon méd.* 27 juillet 1902). D'après eux, les effets toniques généraux augmentation de l'appétit, du poids, des forces se rencontreraient plus souvent chez les chlorotiques et les nerveuses que chez les tuberculeuses ; néanmoins ils les auraient encore observés chez les tuberculeuses au troisième degré.

Les modifications urinaires qui suivent l'ingestion de 0,30 à 0,40 de lécithine sont variables. L'excrétion de l'urée et des phosphates augmente ou diminue ; mais cette augmentation et cette diminution marchent ensemble et s'opèrent simultanément sur les deux produits.

Quant au médicament lui-même, il ne passe pas dans les urines à doses thérapeutiques (0,30 à 0,80) : la quantité d'acide phosphorique totale n'augmente pas après l'administration de la lécithine. Il se peut, ajoutent les auteurs, que le remède soit absorbé et que le phosphore en lui inclus soit intégralement fixé par les cellules de l'organisme.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

La leucocytose dans l'appendicite. — Il est évident qu'à l'heure actuelle la sémiologie de l'appendicite n'est pas assez connue, pour permettre au praticien d'agir à coup sûr, au mieux des intérêts de son malade. Aucune formule prétendant garantir la guérison n'est infaillible, et cela pour la simple raison que l'appendicite n'est pas toujours pareille à elle-même : à côté de formes bénignes on en rencontre de très virulentes ; à côté d'exsudats séreux on rencontre des exsudats purulents, sans que l'état du malade, son pouls, sa température, la douleur ne nous révèle le secret du processus morbide. Or, la numération des globules blancs peut venir à notre secours : au début de l'appendicite le nombre des globules blancs augmente : on en trouve environ 20 à 25.000 ; si la maladie entre spontanément en voie de guérison, le chiffre baisse ; si le chiffre reste stationnaire ou s'il s'élève davantage, on peut être certain qu'il y a suppuration.

On connaît les accalmies traîtresses de l'appendicite ; des sujets apyrétiques semblant à peine souffrants, sont porteurs de vastes collections purulentes péricœcales, dont l'abondance surprend l'opérateur : chez ces malades, la leucocytose ne manque jamais. (*Schnitzler, Wiener Klin. Rundschau.*)

Cette formule leucocytaire de l'appendicite peut encore être utile au point de vue diagnostique ; il est parfois très difficile de différencier l'appendicite de la fièvre typhoïde : dans cette dernière maladie il y a hypoleucocytose. Dans l'occlusion intestinale le chiffre est normal. Seule, dans la pneumonie, la leucocytose est pareille à celle de l'appendicite, et il conviendra de se mettre en garde contre cette erreur. — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Les tœnicides chez les enfants

Le praticien est parfois embarrassé sur les doses de tœnicides qu'il convient de donner à un enfant. Voici un certain nombre de formules (enfant de 8 à 12 ans).

Le kousso, l'écorce de grenadier, la racine de fougère mâle sont d'excellents médicaments. La pelletiérine, principe actif de la racine de grenadier ne m'a pas donné de résultats décisifs chez l'adulte (0,40 de tannate de pelletiérine) et M. Tanret conseille de ne pas l'administrer aux jeunes enfants. La mousse de Corse est moins active.

La veille du jour où sera donné le tœnifuge, l'enfant sera mis au régime lacté. Le lendemain matin, au réveil, le tœnifuge. Deux heures après, 15 à 20 gr. d'huile de ricin. L'enfant ira à la garde-robe sur un vase empli d'eau tiède jusqu'aux bords.

Comme tœnifuge :

Extrait éthéré de fougère mâle	àà 4 grammes
Gomme arabique pulv.	
Sirop éther	40 —
Eau distillée de menthe	100 —

A prendre en une ou deux fois.

Poudre de fleurs de kousso	10 gr. à 15 gr.
Sucre	20 — 30 —

Sous forme de granules sucrés.

L'écorce fraîche de racine de grenadier nous a fourni un nombre de succès ;

Ecorce racine de grenadier	40 gr. à 50 gr.

Faire macérer 12 heures. Faire bouillir ensuite; réduire à 200 gr. Passer et ajouter :

Sirop éther	àà 40 grammes
Sirop menthe	

A prendre le matin à jeun.

Si l'écorce de grenadier n'est pas fraîche, mieux vaut s'en tenir à l'extrait éthéré de fougère mâle.

Des auteurs conseillent, au lieu de ces remèdes, de prendre pendant 5 à 6 jours l'infusion suivante :

Infusion de mousse de Corse	8 gr. à 10 gr.
Sirop de miel	32 grammes

ou si l'enfant prend cette préparation avec répugnance, de la préparer sous forme de gelée, avec du vin rouge et de la cassonade, comme le conseillaient Trousseau et Pidoux (2 à 3 cuillerées de gelée de mousse de Corse par jour).

Des lavements pourront être adjoints aux médicaments précédents :

Mousse de Corse	àà 8 grammes
Valériane	
Semen contra	

Infusez dans deux tasses d'eau bouillante, passez. — Pour un lavement.

L'extrait éthéré de fougère mâle et la racine fraîche de grenadier, bien administrés, permettront de venir à bout de tous les tœnias. Le kousso et la mousse de Corse sont bien moins employés. Nombre de praticiens n'y ont jamais eu recours. — K. S.

MÉDECINE LÉGALE

Les auto-accusateurs. — Parfois les chroniques judiciaires rapportent la démarche d'un homme qui vient s'accuser d'un crime dont il est innocent. Le sujet, quand il n'est pas mû par un mobile intéressé, appartient à un groupe de délirants spécial, que l'on qualifie du nom d'auto accusateurs. C'est l'histoire de ces accusateurs que M. Dupré vient d'établir dans un excellent rapport (*Congrès des Médecins Aliénistes Neurologistes de France*, août 1902).

Différents troubles mentaux donnent naissance à ce besoin d'auto-accusation. On les trouve chez les mélancoliques, les dégénérés, les alcooliques, les hytériques, les états démentiels. Environ les deux tiers des auto-accusations portent sur des crimes coexistants dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le dernier tiers se partage entre des crimes réels dont la culpabilité n'atteint pas ceux qui s'en accusent, ou bien encore dont la culpabilité appartient à ceux qui l'avouent. Dans ce dernier cas, sur lequel a insisté Régis, le crime a été réellement commis par ceux qui s'en déclarent l'auteur; mais c'est sous des influences d'ordre pathologique, d'ordinaire impulsives, et dans des dépositions qui dénoncent la marque du trouble mental.

On comprend que le fait de s'accuser soi-même d'un crime dont on est innocent, puisse aboutir à de fâcheuses conséquences judiciaires. Des préventions pendant de laborieuses enquêtes, des condamnations injustes peuvent suivre et les juges seraient impardonnables d'ajouter foi aux récits dont on les berne si parfois dans le nombre de ceux qui s'accusent, le coupable réel ne figurait pas, soit qu'il fût réellement aliéné, soit que jouissant de son équilibre mental, il fût pris de remords ou tînt à obtenir la revision

Digitized by Google

d'une erreur judiciaire où un innocent avait été condamné à sa place.

Dans la mélancolie, l'acte d'auto-accusation passe par un certain nombre de phases préalables. Le malade délire, est en proie à des idées de culpabilité diffuse ; mais celles-ci se peuvent préciser, prendre corps, aboutir à une auto-accusation très nette. Arrivé à ce terme d'auto-accusation, l'idée délirante peut rester passive et ne pas s'extérioriser, ou bien elle franchit ce stade et elle aboutit, ce qui en fait est assez rare chez les mélancoliques, à l'auto-dénonciation active.

Les auto-accusateurs dégénérés se séparent des auto-accusateurs mélancoliques par les traits de leur caractère. Les mélancoliques sont délirants, anxieux et repentants, les dégénérés sont lucides, indifférents ou glorieux.

Bien plus nombreux que les mélancoliques, M. Dupré établit parmi eux plusieurs classes : les débiles intellectuels simples, les débiles intellectuels vaniteux, les débiles moraux mystificateurs et pervertis, les obsédés simples, les obsédés avec idées mélancoliques et hypochondriaques. Sur tous ces malades, des associations morbides et des causes déterminantes diverses peuvent se greffer et pousser à l'acte d'auto-accusation (alcoolisme, hystérie, épilepsie, infection, surmenage, etc.). Le facteur étiologique le plus fréquemment surajouté est l'alcoolisme, celui-ci pouvant agir pour son propre compte, en dehors de toute dégénérescence. L'hystérie seule prête peu à l'auto-accusation ; elle s'ajoutait à la débilité mentale dans les siècles derniers pour aboutir aux crimes imaginaires d'avortement, de viol, de sodomie, d'inceste, etc. dont s'accusaient les sorcières et leurs complices au cours des XVe, XVIe et XVIIe siècles.

Appelé à se prononcer, l'expert devra poser son diagnostic de l'état mental de l'auto-accusateur indépendamment de toutes les données de l'enquête administrative et judiciaire. Il devra étudier l'auto-accusation dans son contenu, son éclosion étiologique, son mécanisme pathogénique, son allure, ses concomitants psychiques et somatiques. Une analyse rigoureuse lui permettra souvent un diagnostic précis et de nature à éclairer la justice.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De l'embryotomie rachidienne dans les cas d'incarcération fœtale. — L'embryotomie rachidienne, exception faite pour les cas rares où la section doit être opérée du rachis du fœtal hydrocéphale retenu tête dernière in utero, cette embryotomie rachidienne n'a qu'une indication : les présentations de l'épaule. Assez aisée dans nombre de cas, cette intervention présente dans d'autres de grosses difficultés : quand la limite inférieure du corps de l'utérus, l'anneau de Bandl, est contracturé. La rétraction de l'anneau de Bandl divise l'utérus en deux loges ; tantôt le fœtus est incarcéré dans la loge profonde sus-annulaire qui répond au corps utérin ; tantôt il est tout entier dans la loge inférieure sous-annulaire ou segment inférieur. Dans le premier cas, il n'y a pas trace de travail d'expulsion ; dans le second le fœtus est toujours plus ou moins engagé. De cette disposition découlent deux variétés de présentations de l'épaule incoercibles : l'incarcération sus-annulaire et l'incarcération sous-annulaire. Toutes deux comportent l'embryotomie comme traitement de choix ; mais chacune d'elles réclame une technique opératoire spéciale. C'est l'étude intéressante de ces difficultés que M. le Dr René Lavie a entreprise dans un travail suggéré par M. Bonnaire (Boyer, éditeur, Paris, 1902).

L'hydramnios est une des causes les plus fréquentes d'incarcération du fœtus par spasme de l'anneau de Bandl ; la rupture prématurée de la poche des eaux en provoquant l'accollement interne des parois utérines aux parties fœtales, l'excès de fatigue des fibres lisses dans les cas de contractions soutenues et sans effets (présentations vicieuses, imperméabilité pelvienne), les accélérations du travail (ballons), les tentatives réitérées de manœuvres internes ou mixtes pour modifier la présentation alors que le col est encore incomplètement dilaté, voilà autant de causes. La contracture utérine fait suite aux unes et aux autres. Jadis elle était surtout provoquée par l'emploi de l'ergot de seigle au cours du travail. Il est heureux que pareille habitude soit bannie de la conduite des accoucheurs.

Déjà en 1898, Chéron (*Th. Paris*) avait parlé des difficultés de la version en pareil cas ; mais quand celle-ci est impossible, soit qu'on ne parvienne pas à introduire la main dans la matrice, soit que l'évolution n'arrive pas à s'exécuter dans l'utérus contracturé, il faut pratiquer l'embryotomie. Comme le dit M. Lavie, l'orifice externe du col et le segment inférieur n'apportent d'ordinaire aucun obstacle à cette intervention. L'anneau qu'il faut vaincre siège là où finit le corps et où commence le segment inférieur. La vie de l'enfant n'a guère à préoccuper l'accoucheur ; la tétanisation de l'organe gestateur a amené le plus souvent la mort du fœtus. Le praticien n'a qu'à se rendre compte de la position exacte de celui-ci. Est-il tout entier au-dessus de l'anneau de Bandl, ou bien cet anneau est-il remonté au-dessus de lui ?

Dans l'incarcération sus-annulaire, la femme n'a pas les douleurs *intermittentes* du travail franc ; elle n'a pas de contractions, mais souffre d'une façon

Digitized by Google

continue et s'affaiblit peu à peu pendant que la fièvre monte (38° à 39°); la palpation est douloureuse et rencontre une surface dure qui empêche de délimiter une partie fœtale quelconque. Au toucher, l'engagement est nul, le segment inférieur vide ; le toucher profond permet de reconnaître, assez loin au-dessus de l'orifice externe du col, un anneau, dur, rigide, inextensible.

La variété sous-annulaire amène chez la femme des douleurs régulières, intenses et prolongées. Chaque contraction tend à engager l'épaule dans le petit bassin. La peau est chaude, la langue sèche ; les traits sont tirés. La palpation permet parfois de reconnaître deux zones séparées par un étranglement : une supérieure constituée par le corps de l'utérus et l'anneau de Bandl et une inférieure distendue par le produit de la conception. Au fur et à mesure de l'engagement de l'épaule, l'anneau de Bandl remonte, peut atteindre l'ombilic et alors le segment inférieur court les plus grands risques de rupture. Au toucher, à travers le col dilaté, on arrive immédiatement sur l'épaule, un bras presque toujours est procident. Le cou est accessible sans grande difficulté, le fœtus est recourbé sur lui-même en arc de cercle à concavité supérieure.

L'embryotomie qu'on pratique au-dessous de l'anneau de Bandl est la plus facile. Pour opérer, M. Lavie conseille la technique suivante : on détermine à l'aide du toucher manuel la situation exacte du cou. On l'enserre d'une main, la droite ou la gauche ; cela fait, l'autre main armée de longs ciseaux porte ceux-ci dans le vagin, en les glissant sur la main-guide jusqu'au cou de l'enfant. Les lames de l'instrument sont ensuite mises en jeu sous le contrôle incessant des doigts de la main qui protègent les organes maternels. L'embryotome guillotine, de Tarnier, est un instrument parfait pour opérer la section ascendante du cou. Celle-ci étant opérée, il convient d'extraire les tronçons du fœtus. Des tractions prudentes sur le bras amèneront ordinairement sans difficulté au dehors le tronçon thoracique.

L'extraction de la tête dernière est quelquefois entourée de graves difficultés ; on commencera par la saisir par son maxillaire inférieur ; malheureusement l'index introduit dans la bouche du fœtus risque de fracturer le maxillaire et alors il n'y a rien de fait. L'application de forceps est malaisée ; la tête trop haute et mobile fuit sous les branches, même quand elle est maintenue au mieux par le dehors. Tarnier conseillait de saisir d'abord la tête avec une ou plusieurs pinces à griffes pour la maintenir, puis d'appliquer les branches du forceps. L'expression utérine est un auxiliaire précieux. Elle avait déjà été indiquée par Celse : presser avec les deux mains sur le bas de l'abdomen, pour pousser la tête vers l'orifice de la matrice et donner la facilité de la saisir. Si l'expression ne réussit pas, on songera à la perforation du crâne. Il faut la pratiquer sur la voûte crânienne ou l'écaille du temporal. Ce n'est pas commode. Le perforateur n'arrive parfois que sur une tête placée très haut ; il peut glisser ; il s'agit absolument de bien fixer la tête fœtale. L'emploi du basiotribe est superflu. La perforation seule ou suivie de l'emploi du cranioclaste de Braün suffit toujours.

L'embryotomie sus-annulaire est heureusement rare ; parfois l'accoucheur ne peut rien faire. Il assiste impuissant à l'incarcération du fœtus. En tous cas, avant de se résigner, il aura donné le chloroforme jusqu'à narcose complète et sans tirer sur le bras procident, ce qui réveillerait le spasme utérin. cherchera ensuite à vaincre la contracture par l'emploi des ballons en caoutchouc de Barnes. Introduits vides à travers l'anneau, ils sont gonflés peu à peu avec un liquide aseptique. Faute de dilatateur, le praticien usera de sa main disposée en cône, introduite dans le vagin, les doigts étant écartés et distendant l'orifice annulaire. Cette manœuvre est très fatigante. Qu'on réussisse, on ne sera pas à bout de peine. L'utérus est contracturé et serré sur le fœtus, la main ne peut que rarement cheminer assez profondément pour faire un collier protecteur autour du cou de l'enfant. Il faut opérer presque à l'aveuglette et par conséquent tâtonner avec douceur, lenteur et prudence. L'embryotome Tarnier sera appliqué. Encore faudra-t-il répéter les applications pour obtenir une section complète. A défaut de cet instrument, les longs ciseaux de Dubois permettront de pratiquer la section. Tout cela est pénible et bien long. En tous cas, la procidence du bras ne compliquera guère l'intervention. On ne pratiquera la brachiotomie que lorsque la présence du membre supérieur gênera pas trop l'introduction des instruments.

Si maintenant la partie accessible au doigt, au lieu d'être la région cervicale est la région thoracique, la seule ressource sera l'éviscération (ouverture du thorax et de l'abdomen avec les ciseaux de Dubois, introduction des doigts dans la cavité splanchnique, extraction du foie, de l'intestin, etc.) L'éviscération sera suivie de la version forcée, l'évolution forcée (sortie du fœtus par le segment pelvien venant le premier après section préalable du rachis ; siège harponné par le crochet mousse de Braün); la spondylotomie avec section complète du fœtus (section transversale du tronc avec l'embryotome Tarnier et les ciseaux de Dubois). Le praticien voit les fatigues et le danger. Tout ce qu'on peut lui souhaiter, c'est que la nécessité de semblables interventions ne le surprenne pas à la campagne, loin de tout secours. L'entourage ne se rend pas compte des difficultés ; il n'est frappé que du résultat. Si la femme meurt, c'est de votre faute.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement médical de la péritonite tuberculeuse. — Que peut faire un praticien en présence d'une péritonite tuberculeuse? L'intervention chirurgicale sous forme de laparotomie donne des succès dans les péritonites à forme ascitique. Mais le praticien des campagnes n'est guère en mesure de faire des laparotomies dans les milieux d'une propreté souvent douteuse où il pénètre. Tout au plus se pourra-t-il risquer à la méthode préconisée par le Pr Debove (*Soc. Méd. des hôpit.*, 10 oct. 1890) : lavage de la cavité péritonéale avec 2 litres d'eau saturée d'acide borique. Une malade de 28 ans sur qui on usa de ce procédé, était déjà améliorée au bout d'une huitaine. Une quinzaine d'observations suivies de succès ont été publiées depuis. En 1892, le Pr Mosétig-Moorhof recommanda une technique encore plus aisée (*Wiener Méd. Presse*), 1er janvier 1891 et 2 juillet 1893) : il suffit d'injecter de l'air dans la cavité péritonéale. Le manuel opératoire est des plus simples : les précautions antiseptiques ordinaires, un trocart de petit calibre, un aspirateur Potain, on n'a point besoin d'autre chose. Plusieurs succès ont été relatés à l'actif de la méthode, la guérison suivait en 4 ou 5 mois.

Ce qui empêche de se former une opinion très exacte sur la valeur de ces procédés thérapeutiques, c'est la marche naturelle de la péritonite tuberculeuse. D'elle-même, elle se termine souvent vers la guérison. Des ascites se résorbent spontanément ; des malades qui semblaient perdus se remettent sur pied. Cette évolution de la péritonite tuberculeuse vers la possibilité d'une issue favorable donne une grande importance à la prescription d'un traitement médical rigoureusement poursuivi. C'est l'étude de ce traitement que M. le Dr François Grange vient d'entreprendre sous l'inspiration de son maître, M. Comby (*Th. de Paris*, 1902). L'auteur réserve le traitement chirurgical à des formes nettement spécifiées : celles qui s'accompagnent de suppuration ou de phénomènes de sténose intestinale. La variété fibro-caséeuse avec phlegmon, certaines péritonites suppurées uniloculaires, les péritonites fibro-adhésives avec sclérose suivies de phénomènes d'occlusion intestinale resteront seules du domaine du chirurgien.

Toutes les autres formes (ascitique, fibro-caséeuse, fibro-adhésive sans occlusion intestinale) se trouveront mieux du traitement médical. Celui-ci est essentiellement basé sur l'hygiène. Les trois grands principes sont : la cure à l'air, le repos et l'alimentation.

Le malade passera ses jours dans des galeries ou vérandas, dans des kiosques spacieux, à l'abri des rayons du soleil. S'il garde la chambre, celle-ci devra être bien aérée. On laissera les fenêtres ouvertes la nuit, le malade étant garanti par un paravent si l'entrée de l'air est trop direct contre le lit, et la pièce étant chauffée si l'air est trop froid.

L'air humide étant nuisible, les fenêtres seront fermées s'il a plu.

La cure au repos complètera la cure d'air. Elle ne sera pas difficile à obtenir, l'état du ventre ballonné ou douloureux empêchant d'ordinaire le malade de marcher ou de se tenir debout.

L'alimentation aura pour but de donner les substances les plus assimilables et les plus nutritives, sous le plus petit volume. La viande crue rendra de grands services. On préfèrera un muscle de la cuisse ne présentant pas de parties graisseuses entre les fibres, et on le fera couper perpendiculairement à sa direction en tranches d'une épaisseur d'un demi-centimètre. Avec un couteau à lame émoussée, on râcle la tranche de viande des deux côtés et on retire la pulpe. Celle ci est ensuite écrasée dans un mortier, puis passée au tamis de toile métallique. Cette pulpe sera absorbée soit en nature dans du sucre ou du sel, soit mêlée à de la confiture, soit délayée dans du tapioca. La marmelade de pommes est un très bon excipient à la viande crue. La dose sera de 150 gr. par jour. Les poudres de viande, peptones, albumoses, pourront être prescrites concurremment. Les œufs seront bien tolérés; on en ordonnera 4 à 5 par jour. Les hydrocarbures comprendront le pain, les purées de légumes secs, les pommes de terre, les pâtes alimentaires, le riz. Pas de légumes verts. La boisson sera constituée par le lait.

La cure marine sera mise en pratique quand les circonstances s'y prêteront, Les stations de Berck, dans le Pas-de Calais ; de Hendaye, à l'embouchure de la Bidassoa, sur les confins de la France et de l'Espagne; de Salies de Béarn, ont remis sur pied bien des petits malades. Les stations d'altitude (1.500 à 1.800 mètres) agiront également dans un sens favorable en augmentant la quantité d'hémoglobine du sang, et en excitant les fonctions digestives.

Quant au traitement médicamenteux, il devra surtout avoir pour effet de ne pas nuire au bon état du tube gastro-intestinal. L'huile de foie de morue est un excellent médicament; mais il faut qu'elle soit supportée. L'arsenic, le tannin, les phosphates, les hypophosphites pourront être employés. M. Thomas (de Genève), recommande l'huile de foie de morue créosotée en lavement : chaque soir, un lavement de 100 à 150 gr. d'huile de foie de morue émulsionnée, additionnée de 0 gr. 50 à 2 gr. de créosote suivant l'âge. La tolérance sera parfaite si on a eu soin d'évacuer préalablement l'intestin.

Bien souvent la diarrhée empêchera de poursuivre

Digitized by Google

un pareil traitement. On la combattra par des lavements antiseptiques au borate de soude à 2/100. Le benzonaphtol (0 gr. 50), le cachou (2 à 4 gr.), le ratanhia (2 à 4 gr.), le sous-nitrate de bismuth (4 à 8 gr.), les opiacés seront utilisés.

Voici quelques formules :

Diascordium	4 grammes
Sous-nitrate de bismuth.....	

Diviser en 16 bols.

A prendre avant les repas et 3 heures après, en 3 ou 4 fois.

Laudanum Sydenham V gouttes
Sous-nitrate de bismuth .... 1 gramme
dans un verre d'eau avant les repas.

Poudre de cachou.....	4	grammes
Sirop de Ratanhia.....	50	—
Teint. cannelle	10	—
Élixir parégorique	8	—
Décoct. blanche de Sydenham	110	—

A prendre dans le jour (pour un adulte).

Quant à la constipation, on en viendra à bout bien plus aisément. Des lavements huilés ou glycérinés suffiront.

CLINIQUE MÉDICALE

Valeur comparative des différents procédés cliniques de dosage de l'hémoglobine dans le sang. — Les variations de *quantité* de l'hémoglobine du sang, appréciée par les méthodes de dosage colorimétrique, ont seules été prises en considération par les cliniciens. Il n'est pas moins intéressant d'étudier ses variations de *qualité*.

M. le Pr Bard, de Genève, a dans ce but adopté une méthode générale qui est : la détermination chez divers malades de la quantité d'hémoglobine du sang en utilisant *comparativement* les divers procédés cliniques connus de dosage de cette substance. Ces différentes méthodes étant toutes indirectes, basées sur une seule des qualités propres ou sur un seul des éléments constitutifs de ce corps, doivent précisément par leurs divergences mettre en relief les variations de qualité recherchées. C'est dans cet ordre d'idées que M. H. Mallet (*Thèse de Genève*, 1901), négligeant le dosage trop compliqué de la capacité d'absorption du sang pour l'oxygène a simultanément employé chez les mêmes sujets le dosage de l'hémoglobine : 1° par le procédé colorimétrique ; 2° par le procédé spectroscopique (appareil d'Hénocque) ; 3° par le dosage du fer (méthode de Jolles), tous procédés dont l'ensemble n'exige que quelques gouttes de sang obtenues par la piqûre de la pulpe du doigt ; de plus il a eu soin de pratiquer toujours chez les mêmes sujets la numération des globules blancs et rouges par l'hématimètre et par l'hématocrite, l'étude de la résistance de l'hémoglobine aux causes d'altérations par un procédé spécial.

A l'état physiologique les trois procédés de dosage de l'hémoglobine indiqués ci-dessus donnent des chiffres à peu près uniformes et suffisamment concordants ; il ne saurait du reste en être autrement puisque pour chacun d'eux le chiffre considéré comme normal a été précisément établi par la moyenne des examens d'un certain nombre de sangs normaux.

A l'état pathologique il n'en est plus de même ; des différences très marquées apparaissent. C'est ainsi qu'il y a des écarts pathologiques considérables entre le pour cent de la valeur colorimétrique et le pour cent de son contenu de fer rapportés tous deux à la quantité normale (ces écarts ayant, du reste, lieu dans l'un ou l'autre sens, suivant les cas). On a noté le cas où le fer donnait des pourcentages supérieurs à ceux de la couleur et ceux où il donnait des pourcentages inférieurs à ceux de la couleur. Or il est résulté de l'analyse des faits des données essentiellement intéressantes au point de vue clinique : le fer est supérieur à la couleur, c'est-à-dire marque par rapport à la moyenne normale un pourcentage plus élevé que cette dernière, toutes les fois qu'il s'agit d'une anémie simple avec conservation de l'hématopoièse et effort efficace de la régénération normale. Au contraire le fer est inférieur à la couleur dans tous les cas où la régénération fait défaut par suite de l'entrave apportée à l'hématopoièse par une cachexie ou une maladie organique grave. Dans certains cas de chlorose, surtout lorsque la maladie présente une durée et une ténacité anormales, on est souvent embarrassé pour savoir si les accidents dépendent uniquement de l'intensité de la chlorose, ou si cette dernière n'est pas causée ou entretenue par quelque affection organique du cœur ou du poumon. Le dosage du fer peut et doit trancher la question : dans la chlorose simple, avant l'amélioration par le traitement, la quantité de fer dépasse la couleur de 10 à 20 0/0 en général. Quand la chlorose est compliquée de tuberculose surtout, la proportion est inverse et le fer reste en général à 10 0/0 au-dessous de la couleur ; il en est de même dans les anémies symptomatiques de la tuberculose avec ou sans caractère chlorotique. On voit donc toute l'importance que vient prendre en clinique le rapport du fer et de la couleur pour la détermination de l'étape évolutive moyenne de l'hémoglobine du sang et par elle pour l'appréciation de l'état des forces hématopoiétiques, état qui vient apporter à son tour des contributions positives au diagnostic et au pronostic de multiples affections. — R. B.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La péritonisation dans les laparotomies. — La péritonisation constitue un temps spécial de l'acte opératoire ayant pour but de recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées.

Cette méthode qui rétablit les conditions physiologiques normales a pour elle trois sortes d'avantages : 1° elle complète l'hémostase de la plaie, car le fait de fixer sur une surface dénudée et suintante un lambeau de péritoine, a pour résultat de supprimer toute exsudation à ce niveau ; 2° elle combat l'infection. En effet, d'une part, elle est hémostatique et empêche ainsi la création d'un milieu favorable au développement des germes pathogènes ; d'autre part, elle substitue aux parties cruentées, même non saignantes, mais toujours douées d'un pouvoir phagocytaire moyen, des lambeaux de péritoine absolument sain, c'est-à-dire du tissu qui défend peut-être le mieux de tous ; enfin elle constitue une barrière de tissu sain qui limite tout processus inflammatoire et réalise un moyen de défense efficace de la grande cavité péritonéale par imitation du processus naturel de réaction du péritoine à l'infection ; 3° elle s'oppose à la création d'adhérences de l'intestin à la plaie et ainsi à la production des occlusions intestinales post-opératoires immédiates ou tardives, à la production de ces coliques vives et persistantes, résistant à tous les moyens médicaux et ne cédant qu'à la laparotomie qui va libérer l'intestin.

Les avantages de la péritonisation font de cette méthode un temps constant de toute laparotomie et lui donnent la préférence sur les deux méthodes antérieurement admises dans le même but : le tamponnement à la Mickulicz et le drainage vaginal. Ces deux dernières méthodes, certainement très bonnes, assurent aussi l'hémostase et luttent contre l'infection, mais elles le font avec moins de régularité, et elles ne mettent pas à l'abri des adhérences intestinales ; de plus, elles sont d'une durée toujours considérable, car elles laissent après elles des fistules interminables. La seule supériorité du Mickulicz serait son rôle de drainage par utilisation de la force capillaire, mais il suffit d'associer l'action des drains de caoutchouc à celle de la péritonisation pour voir tomber ce dernier argument.

Cette notion fondamentale de la nécessité de la péritonisation est exposée d'une façon très séduisante et rigoureusement scientifique dans la remarquable thèse de H. Judet (*Paris*, 1902). Il est indispensable de bien se pénétrer de la valeur du principe avant d'étudier ses applications que nous allons rapidement passer en revue.

Envisageons donc maintenant la péritonisation dans les opérations pelviennes où elle est pour ainsi dire de pratique courante :

1° *Appendicite à froid.* — L'appendice étant tenu par un aide on incise circulairement la tunique séreuse du péritoine à 2 centimètres de son implantation ; avec le dos du bistouri, on décolle une manchette de péritoine sur la racine de l'appendice (tout comme une manchette de peau dans une amputation circulaire), jusqu'à 1 centimètre, 1 cent. 1/2, plus haut point où on lie, sectionne et cautérise l'appendice ; puis on rabat sur lui le capuchon péritonéal que l'on ferme par quelques points de suture. On pratique ensuite l'enfouissement du moignon dans la paroi cœcale.

2° *Kystes de l'ovaire.* — Dans les cas ordinaires la surface à recouvrir est presque toujours minime et quelques points de surjet suffisent pour adosser la séreuse à elle-même au-dessus de la section du pédicule. S'il y a des adhérences au niveau de la périphérie du kyste, une sorte de plissement longitudinal du péritoine, rendu très facile par la distension de la paroi et la laxité de la séreuse, y pourvoira.

3° *Fibrome de l'utérus.* — L'opération débutera par la taille d'un large lambeau péritonéal sur la face antérieure de l'utérus et s'il en est besoin d'un petit lambeau sur sa face postérieure. Une fois l'amputation sus-vaginale pratiquée et les vaisseaux utéro-ovariens, du ligament rond (?) et utérins liés, on réunira les lèvres du col par quelques points au catgut et l'on fera courir d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre un long surjet concave en haut et en arrière, unissant les deux lèvres péritonéales antérieure et postérieure.

4° *Salpingo-ovarite.* — *a*) Salpingo-ovarite unilatérale : Section du ligament large au niveau de son bord supérieur, pincement et ligature des vaisseaux au fur et à mesure, surjet longitudinal allant de la corne utérine au détroit supérieur.

b) Salpingo-ovarite double peu adhérente : Toute castration annexielle bi-latérale doit être suivie de l'ablation de l'utérus d'où hystérectomie sus-vaginale. Dans cette opération, en vue de la péritonisation ultérieure, on incise transversalement le péritoine de la face antérieure de l'utérus, d'un bord à l'autre, en passant aussi près que possible du fond utérin. Il est généralement facile de disséquer ce lambeau de séreuse, soit en le faisant glisser avec une compresse, soit en le libérant avec la pointe mousse des ciseaux jusqu'à une traînée blanchâtre qui marque la ligne de réflexion du péritoine sur la vessie. Il est rare qu'on puisse prendre un petit lambeau séreux sur la face postérieure de l'utérus étant donné que dans les annexites le siège maximum des lésions péritonéales correspond presque toujours au Douglas.

En somme, la péritonisation se fait surtout grâce

Digitized by Google

au lambeau péritonéal antérieur qui est rabattu d'avant en arrière après l'évidement conique du col, sa cautérisation et sa suture par quelques points de catgut.

c) Salpingo-ovarite suppurée bi-latérale adhérente avec abcès pelviens concomittants. L'opération terminée le pelvis représente une vaste excavation dénudée. Comment combler cette excavation ? Un premier surjet rapproche dans la mesure du possible le péritoine antérieur aux débris du péritoine postérieur, et par dessus ce premier surjet incomplet on en réalise un second en suturant le péritoine vésical avec le péritoine de la face antérieure du colon pelvien. Ainsi est effacé complètement le Douglas. Comme on le voit, la péritonisation permet d'étendre le champ des indications de la voie abdominale dans les suppurations pelviennes, au détriment de l'hystérectomie vaginale. — R. B.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'acidité urinaire chez l'homme sain et chez les malades, par le Dr Jean Nicolaidi. — O. Doin, édit., 1 vol. in-8°, 323 pages.

Ouvrage très complet et élaboré à l'aide de nombreuses recherches originales. Il devra être consulté par tous ceux qui voudront reprendre un tel ordre d'études. Dans ses grandes lignes, M. Nicolaïdi confirme les idées de M. Joulie, ce dernier insistant, comme on sait, sur la fréquence de l'hypoacidité urinaire.

Le ganglion lymphatique, par M. Henri Dominici. — Masson et Cie, édit., gr. in-8°, n° 30 de l'œuvre médico-chirurgical. Prix 1 fr. 50.

Les travaux si remarquables de M. Dominici le rendaient plus que personne apte à mettre en lumière la structure et les fonctions du ganglion lymphatique. Son rôle hématopoiétique est heureusement éclairé par les découvertes mêmes de l'auteur et nous y trouvons des pages absolument originales sur la formation des globules rouges.

L'eau dans l'alimentation, par M. F. Malmejac. — Félix Alcan, édit. 1 vol. Bibliothèque scientifique internationale, in-8° 312 pages.

M. Malmejac fait plus que de condenser en un volume les notions connues. Il y ajoute de nombreuses études personnelles sur les analyses de l'eau, l'étude des matières organiques, et les procédés d'épuration. Le praticien trouvera dans ce volume tous les renseignements désirables exposés avec sobriété et dans une forme claire, accessible à tous.

Atlas-Manuel des maladies de l'oreille, par les Drs A. Politzer et G. Bruhl, édition française par le Dr G. Laurens. — 1 vol. 394 p. avec 244 fig. coloriées et 88 fig. dans le texte. Paris. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

L'exposé des maladies de l'oreille par des planches en couleurs nombreuses et parfaitement exécutées, cet exposé rendu de la sorte agréable et fructueux, tel est l'avantage que le lecteur tirera de l'étude de ce volume, rempli au cours du texte d'une documentation complète et pratique. M. Laurens a rendu service au public français en faisant passer cet ouvrage dans notre langue et les éditeurs ont été bien inspirés d'encadrer sa traduction dans un format dont la commodité et l'élégance réjouissent l'œil.

Dysenterie aiguë et chronique, par A. Galliot (Encyclop. des aide-mémoire Léauté). — Masson et Cie, éditeurs.

Ce petit volume fait suite à un autre du même auteur où l'étiologie et l'anatomie pathologique étaient exposées avec soin. C'est aujourd'hui au tour de la symptomatologie et du traitement. Les chapitres en sont complets et traités avec tous les détails désirables.

Traité de technique microbiologique, à l'usage des vétérinaires, par les Drs M. Nicolle, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, et P. Remlinger, directeur de l'Institut impérial de bactériologie de Constantinople, médecin-major hors cadres ; avec une préface du Dr Roux, membre de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur. — Un vol. in-18 jésus de 1050 pages avec 211 fig. dans le texte (Octave Doin, édit.).

Comme le dit, dans sa préface, M. le Dr Roux, ce livre est écrit par des hommes de laboratoire. Il n'y faut pas chercher des théories, mais des méthodes et des documents pratiques. L'ouvrage se divise en deux parties : la technique générale et la technique spéciale. Des chapitres d'une rédaction tout à fait originale sont ceux qui se rapportent aux leucocytes et à leurs propriétés. La compétence exercée des auteurs, la sûreté de leur documentation, le soin qu'ils prennent à trier, à alléger la matière et entre différents procédés de technique à ne citer que les meilleurs et ceux qu'ils ont expérimentés avec le plus de succès, assurent à leur œuvre un succès mérité et durable.

Le liquide céphalo-rachidien, par J.-A Sicard. Encyclopédie des aide-mémoire Léauté. Masson, édit.

Les travaux de M. Sicard le désignaient particulièrement pour la composition d'un tel ouvrage. Les indications de la ponction lombaire, les caractères du liquide céphalo-rachidien, les résultats du cytodiagnostic sont rendus par une plume entendue et qui sait intéresser.

Congrès d'hydrologie de Grenoble. — La dernière limite imposée par les Compagnies de chemins de fer pour la délivrance des permis de circulation avec 50 0/0 de rabais étant le 15 septembre, nos lecteurs qui désirent assister au Congrès, devront, pour bénéficier du tarif réduit, envoyer leur adhésion avant cette époque à M. le Dr Berlioz, secrétaire-général du Congrès, à Grenoble.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpino-naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme* ; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec, — M. le Dr Edgard Hirtz

La démence syphilitique

Dans un article très documenté, Ball et Chambard ont étudié la démence ou plutôt les démences qu'ils divisent : 1° *en démences organiques ;* 2° *en démences toxiques ;* 3° *en démences névropathiques.*

Dans les *démences organiques*, ils décrivent des formes *diffuses* ou *en foyers* ; dans les démences *diffuses* ils rangent les démences sénile et paralytique, dans les formes *en foyer* la démence apoplectique.

Dans les *démences toxiques*, ils rangent les démences d'origine alcoolique, saturnine, thébaïque, cannabique, etc.

Enfin, dans les *démences névropathiques*, ils distinguent des formes *névrosiques* (hystériques), et des formes *vésaniques*.

On ne peut s'empêcher d'être étonné en ne trouvant pas dans l'article de ces auteurs la moindre allusion, dans le chapitre des démences toxiques, à la démence consécutive à l'intoxication par le sulfure de carbone, et en ne trouvant nulle part non plus rien qui se rapporte à la démence syphilitique.

Les traités récents ont comblé cette lacune, et Fournier, dans son livre si remarquable sur la syphilis cérébrale, revient à plusieurs reprises sur cette complication ; de même, Jullien, Sollier lui consacrent des chapitres intéressants.

D'ailleurs, déjà en 1859, Hildenbrand (*Thèse de Strasbourg*), étudiait la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale, et mon maître, Berthier, faisait également ce rapprochement dans son mémoire sur la folie diathésique (*Montpellier*, 1859).

Plus tard, Zambaco, Griesinger, Duncan, Grainger-Stewart et beaucoup d'autres auteurs ont rapporté de nombreuses observations de vésanies syphilitiques.

Mais c'est certainement dans l'ouvrage de Fournier qu'on en trouve la meilleure étude. Il étudie les troubles intellectuels de la syphilis cérébrale sous toutes ses formes, d'excitation, d'exaltation, de délire et de dépression, et il a largement contribué à faire adopter la pseudo-paralysie générale syphilitique, sorte de démence syphilitique, en atténuant les idées de Meyer, Westphal, et surtout de Griesinger, suivant lequel on retrouvait la syphilis comme cause de la paralysie générale vraie dans la majorité des cas.

La démence peut être l'aboutissant de la forme épileptique. L'hébétude s'accentue progressivement, et d'étape en étape, le malade arrive au dernier échelon de la déchéance intellectuelle, à la démence.

Celle-ci peut succéder aux troubles mentaux que Fournier classe sous le nom d'*hébétude incohérente*.

Toutes les formes de la syphilis cérébrale, tous les troubles psychiques qui en relèvent peuvent entraîner un affaiblissement progressif, et, en dernière analyse, une abolition des facultés intellectuelles.

La démence syphilitique n'a pas de caractère spécial, si ce n'est la présence de la syphilis à l'origine. C'est quelquefois une fausse démence, une simple dépression intellectuelle avec incohérence *guérissant* par le traitement spécifique. Il faut du reste toujours penser à la syphilis chez de jeunes sujets qui tombent *sans raison apparente* dans la démence. Elle s'accompagne fréquemment de *paralysies* des nerfs crâniens ou d'éruptions caractéristiques, et alors son diagnostic est facile.

Dans la démence consécutive à des lésions syphilitiques chroniques, on constate des phénomènes d'*apathie* bien plus que d'excitation, à développement rapide. Les troubles démentiels sont inégalement répartis, l'humeur est instable, le moral affaissé, les sentiments affectifs sont éteints, ressemblant beaucoup à ce qu'on trouve dans la démence alcoolique. En même temps il existe des signes d'anémie, de la céphalée persistante, de la paralysie dans la sphère des nerfs crâniens (ptosis, strabisme), de l'aphasie passagère ou permanente, des *convulsions cloniques*, qu'on ne trouve que rarement dans la paralysie générale, parfois des éruptions syphilitiques ou des lésions osseuses.

D'après Mairet (de Montpellier), la démence syphilitique est plus que toute autre caractérisée par une dépression intellectuelle *profonde* et *rapide*, témoin un malade de Fournier chez lequel une nuit suffit pour porter la dépression à son plus haut degré.

Elle est facile à dépister lorsqu'elle est consécutive aux diverses formes d'encéphalopathie syphilitique, convulsive, avec épilepsie partielle, paralytique, aphasique ou céphalalgique. Dans ce cas, en effet, des symptômes de grande valeur permettent d'y songer, tels que la céphalée nocturne, une paralysie des nerfs crâniens, et en particulier du nerf moteur oculaire commun.

Au contraire, si la démence apparaît d'emblée, il peut y avoir une difficulté considérable à diagnostiquer sa nature.

D'après Mairet toute dépression intellectuelle se produisant rapidement et atteignant un degré marqué doit faire penser à la syphilis.

On cherchera avec soin les témoins de l'infection spécifique au niveau des tibias, des clavicules, de la voûte palatine ; on recherchera les lésions cutanées ou oculaires ; on s'enquerra attentivement des antécédents, et on tâchera de savoir de l'entourage du

Digitized by Google

malade s'il n'a pas déjà été paralysé, ou s'il a eu des attaques d'épilepsie ; souvent d'ailleurs l'exploration la plus minutieuse ne donnera que des résultats négatifs, et on ne pourra faire qu'un diagnostic par exclusion.

C'est guidés par ces principes, que nous avons pu faire le diagnostic de démence syphilitique chez deux malades de notre salle Cruveilhier, dont je vais vous lire maintenant l'observation :

F... Pierre, âgé de 33 ans, salle Cruveilhier, lit n° 1. — Le 19 juin 1899, au soir, ce malade est porté à l'hôpital Laënnec dans un état subcomateux. Les renseignements vagues que nous pouvons obtenir des personnes qui l'accompagnent, nous apprennent qu'il est dans cet état depuis le dimanche 18 juin. Il *aurait été atteint brusquement* après son repas, sans avoir fait d'excès, ni sans avoir reçu aucun traumatisme.

Depuis quelque temps cependant, on s'était aperçu d'un changement dans son état mental ; sa mémoire surtout s'était affaiblie progressivement, son caractère avait changé. Il s'exprimait plus difficilement, il était devenu taciturne, avait perdu son entrain, était sujet à des accès de tristesse et présentait une manifeste inaptitude au travail.

Cependant sa conduite n'était pas incohérente, il se rendait régulièrement à son travail, il ne déraisonnait pas, mais il avait de fréquents moments d'oubli et on s'était si bien aperçu de sa perte de mémoire que son contre-maître avait pris l'habitude de lui indiquer par écrit, et heure par heure, sa besogne. Il n'était pas buveur, travaillait dans une fabrique de caractères d'imprimerie où peut-être il maniait du plomb.

Le lendemain de son entrée, nous trouvons le malade couché, dans la résolution la plus complète, dans un état de torpeur dont il était impossible de le tirer : complètement hébété, il est inattentif à tout ce qui se passe autour de lui, il est inerte et silencieux. Cependant, quand on lui a posé plusieurs questions, il finit par dire quelques mots sans aucun à-propos et les répète continuellement ; sa parole est brève, saccadée, un peu hésitante. Facies hébété, regard fixe ; pas le moindre tremblement de la langue ni de la lèvre supérieure ; pas de contracture ; pas de paralysie. Inégalité pupillaire : la pupille droite est manifestement plus dilatée que la gauche, l'accommodation à la lumière se fait lentement. Pas de strabisme, conservation de tous les mouvements du globe oculaire ; légère ptose de la paupière gauche qui est rouge et enflammée.

C'est un sujet vigoureux chez lequel on ne trouve aucun stigmate de syphilis.

Il a uriné assez abondamment dans la nuit sans en avoir conscience. Pas d'albumine dans les urines, pas de température. On le met au régime lacté. Le lendemain, nous avons pu nous procurer les renseignements suivants : Le malade a fait son service militaire au Tonkin ; c'est la première fois qu'il est malade.

Il n'avait jamais présenté de signe de dérangement intellectuel, lorsqu'il y a 18 mois, il eut une attaque, il traversa une crise analogue à la crise actuelle, ayant débuté brusquement avec des phénomènes d'excitation et du délire, et resta ainsi 6 semaines. Soigné chez lui à ce moment, il ne paraît pas avoir été soumis au traitement antisyphilitique ; il a progressivement guéri, mais depuis cette époque il est resté déprimé, et il présente des signes de dépression intellectuelle. Il avait de fréquentes angines, se plaignait souvent de céphalées très violentes et très tenaces. Sa femme est accouchée à 7 mois d'un enfant mort.

Il est toujours dans le même état de torpeur, sans agitation, sans délire ; il ne comprend rien et ses réponses sont absolument incohérentes. Hier, il a eu douze attaques épileptiformes : début brusque, sans cri ni aura ; convulsions toniques, débutant au bras droit, gagnant la face, surtout dans la moitié droite ; (la bouche est tordue, les dents sont serrées, mais il ne se mord pas la langue); puis la jambe se contracture, sans présenter de secousses convulsives. Le pouce est fléchi dans la paume de la main, recouvert par les autres doigts. Le malade ne prend conscience de son état à aucun moment, et il reste somnolent et inerte jusqu'à l'éclosion d'une nouvelle attaque.

La pupille droite est plus dilatée, le ptosis de la paupière gauche s'est accentué.

On institue immédiatement le traitement spécifique : Iodure de potassium, 6 grammes ; injections sous cutanées quotidiennes de biiodure de mercure. On augmente la dose d'iodure de potassium chaque jour.

Le 26 juin, il prend 20 grammes d'iodure. Les résultats du traitement commencent à se manifester ; il n'a eu que trois attaques dans les dernières vingt-quatre heures.

L'état mental semble un peu amélioré ; le malade commence à s'intéresser à ce qui se fait autour de lui, il suit des yeux les gestes que l'on fait, il essaie de répondre aux questions, mais ses réponses n'ont aucun à-propos ; il est encore incapable de lever un bras au commandement. La pupille droite est toujours dilatée ; la paupière gauche est moins abaissée.

Le 1er juillet, le malade est transformé ; il a eu la veille cinq attaques, mais il comprend maintenant ce qu'on lui dit. Quand on l'interroge, il semble profondément réfléchir, et, après un temps plus ou moins long, il répond d'une façon aisée, ce qui nous permet d'apprendre de lui-même, qu'il a contracté

Digitized by Google

la syphilis au Tonkin, pour laquelle il a été soigné à l'hôpital militaire, et il nous montre la place de son chancre, dont il ne reste aucune trace.

Il n'a aucun souvenir de la crise qu'il vient de traverser, et il croit avoir été porté à l'hôpital la veille. Il se plaint d'une céphalée très violente et continue, qu'il localise dans la région occipitale. Dans l'intervalle de ses crises il ne dit rien et reste somnolent : 24 grammes d'iodure, une injection de biiodure.

3 juillet. Hier deux attaques seulement. Dilatation pupillaire et ptosis améliorés : 25 grammes d'iodure, une injection de biiodure. Pour la première fois, le malade a manifesté un peu de spontanéité. Il a désiré se lever et est resté une heure dans un fauteuil.

Le 7 juillet, le malade se lève et commence à marcher. Pas d'hésitation dans la marche, mais jambe droite légèrement trainante. Il lit machinalement le journal, mais avec difficulté, et ne comprend pas ce qu'il lit, ou du moins ne s'en souvient pas, car il ne peut le répéter. Le ptosis a presque complètement disparu. Un peu d'irritation gastrique : 20 grammes d'iodure, injection de biiodure.

9 juillet. La céphalée persiste : le malade lit plus facilement, aucun trouble de la parole, mais il ne comprend pas très bien : son intelligence est manifestement affaiblie. Il se souvient de son nom, de son séjour au Tonkin qu'il raconte avec persistance à ses voisins dont il ne se rappelle pas les noms ; il n'a d'ailleurs aucun souvenir des faits récents : 20 grammes d'iodure.

Du 9 au 21 juillet, c'est-à-dire pendant 12 jours, le malade prend quotidiennement 20 grammes d'iodure et son état s'améliore de jour en jour sans aucun accident d'iodisme. Il renait à la vie intellectuelle, mais ses facultés sont un peu affaiblies. Il est apte à reprendre son métier dont il nous dit très raisonnablement tous les détails; il est tranquille, calme, sans grande initiative; on l'emploie dans la salle à quelques petits travaux, mais il se trompe fréquemment et oublie d'un jour à l'autre l'emplacement d'endroits qui devraient lui être familiers. Il s'égare soit dans le jardin, soit dans les salles voisines, se trompe quelquefois de lit; il ne s'émeut pas d'ailleurs de ces pertes de mémoire et reste absolument indifférent. Par instant cependant, quand on l'y invite, il sort de son mutisme, il s'anime au souvenir de faits lointains et les raconte à plusieurs reprises. Il n'a point perdu sa spontanéité, il se lève, marche, mais n'oppose aucune résistance aux observations qu'on lui fait. Il désire cependant reprendre son travail qu'il est sûr de bien faire. En résumé, il ne divague pas, ses propos sont sensés, il ne commet aucune extravagance ni en actions ni en paroles, mais ses conceptions sont bornées et sa mémoire très affaiblie.

Depuis le 21 juillet, on diminue de jour en jour la dose d'iodure tout en lui continuant son injection quotidienne de biiodure. Il ne prend plus que 4 gr. d'iodure, dose qu'on lui conseille de continuer un certain temps. Il est mieux, moins sujet à des écarts de mémoire, moins triste et moins abattu ; ses parents le trouvent revenu à l'état antérieur à la crise. La guérison est à peu près complète quand il sort de l'hôpital ; il revient se montrer de temps en temps, on reprend le traitement et la guérison semble maintenant, définitive.

Chez un second malade le diagnostic fut moins facile, car la notion des antécédents faisait défaut : Guilb... Léon, 30 ans, peintre en bâtiments.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

A. P. — A 9 ans a eu une [illegible] typhoïde.

A 12 ans, il commence son apprentissage de peintre en bâtiments et est obligé après un an de travail de s'arrêter pendant un certain temps pour des coliques de plomb très intenses.

A 22 ans, pendant qu'il était en garnison à Nancy, il est soigné par le médecin major *pour un bouton sous-préputial* qui dura une quinzaine de jours. On lui fit à cette époque prendre de l'iodure de potassium.

A 28 ans, il se marie ; sa femme est bien portante. Elle a eu 2 enfants dont l'un est mort à 3 mois, l'autre en naissant.

Le malade ressent depuis un an des céphalées nocturnes assez fréquentes et très intenses. C'est un éthylique avéré qui prend en moyenne 2 litres de vin par jour et une absinthe comme apéritif.

Sur l'origine de la maladie actuelle qui a nécessité son entrée dans le service, le malade ne peut nous donner aucun renseignement ; il ne se souvient absolument de rien et les antécédents que nous venons de rapporter ne nous ont été fournis par le malade que longtemps après son entrée, alors qu'il avait recouvré ses facultés mentales.

A son entrée, on constate un état de stupeur complète, un état démentiel prononcé. Le malade ne répond à aucune de nos questions et ne semble pas se rendre compte de ce qui se passe autour de lui ; il a perdu toute conscience et ne reconnaît même pas sa femme. La personne qui l'accompagnait a seulement dit qu'il était tombé subitement malade l'avant-veille sans avoir bu plus que de coutume. Après avoir été agité toute la journée il est tombé dans l'état de stupeur où nous le voyons. A l'examen on constate, au point de vue de la *sensibilité*, une hyperesthésie généralisée. La sensibilité *au froid et à la chaleur* semble conservée, quoique peut-être un peu retardée.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, le réflexe crémastérien est aboli. Le malade a du tremblement

Digitized by Google

des extrémités, pas de clonus ; il lui est impossible de se tenir debout. Pouls irrégulier, pas de bruit de galop. Pas d'urine. Il est difficile de poser un diagnostic : « on émet la possibilité d'une *encéphalopathie saturnine*, sans toutefois l'affirmer. »

La *ponction lombaire* montre une tension exagérée tout à fait spéciale du liquide céphalo-rachidien et à l'examen du liquide, on trouve de très nombreux lymphocytes.

Deux jours après son entrée (soit le 19 février 1902), on constate le même état d'hébétude : le malade ne parle pas et ne répond absolument rien aux questions qu'on lui pose. C'est à grand peine qu'on arrive à lui faire tirer la langue qui est fortement saburrale.

Mais ce qui frappe, c'est *l'inégalité pupillaire :* La pupille droite est beaucoup plus dilatée que la gauche. Il y a *rétention d'urine*, le malade laisse aller sous lui. Le diagnostic est un peu hésitant entre une pachyméningite cérébrale, une encéphalopathie saturnine, ou de la démence syphilitique d'emblée.

C'est à ce dernier diagnostic de démence syphilitique d'emblée que l'on s'arrête en se basant sur l'inégalité pupillaire, dont la valeur est très grande dans l'espèce et sur l'examen du liquide céphalo-rachidien, en éliminant l'idée de pachyméningite cérébrale ou d'accidents urémiques, ou d'encéphalopathie saturnine à cause de l'absence de bruit de galop et d albumine dans les urines, d'autant plus qu'il ne s'agit pas de coma, mais de stupeur.

Le 27 février on commence le traitement mixte : iodure de potassium 4 grammes par jour et frictions mercurielles. Déjà le 27 février, il y a une amélioration remarquable dans l'état du malade qui est sorti de son hébétude. Plus de délire la nuit ; sensibilité à peu près normale, station debout possible quoique encore très peu stable. On ordonne 6 grammes d'iodure et on continue les frictions mercurielles. Le 6 mars, il parle très bien et répond avec netteté à toutes les questions qu'on lui pose. Il nous raconte facilement toute son histoire sans paraître avoir de défaut de mémoire. Il marche sans trébucher, a une sensibilité normale, mais a toujours un peu d'incontinence des urines et des matières. On augmente la dose d'iodure et on continue les frictions mercurielles.

Le 13 mars 1902, le malade est complètement guéri, il ne présente plus ni troubles mentaux, ni incontinence des sphincters et demande à sortir pour reprendre son métier. Il est à ce moment à 12 grammes d'iodure par jour.

Depuis cette époque G*** revient souvent se montrer dans le service, il est en parfait état de santé et a repris sa profession. Il continue à prendre de l'iodure à la dose de 4 grammes par jour.

Ainsi donc, le début de la maladie fut très différent dans chacun de ces deux cas. Chez notre premier malade les attaques épileptiformes antérieures, la production rapide d'un état démentiel nous permit d'affirmer d'emblée le diagnostic. Chez le 2e malade, au contraire, la notion des antécédents manquait absolument, et le diagnostic ne pouvait se faire que par exclusion.

Chez lui, en effet, comme chez le malade de Fournier, la démence se produisit *rapide et profonde* du jour au lendemain et nous fûmes d'abord hantés par l'idée d'accidents saturnins ou alcooliques.

Mais contre l'hypothèse d'une encéphalopathie saturnine nous avions ce fait, que le malade n'avait pas de cause d'intoxication récente intensive, en outre il n'avait pas d'albumine dans les urines, pas de signes comateux, mais un simple état de démence. Contre l'idée d'accidents d'origine alcoolique nous ne trouvions pas de délire bruyant, pas de signes d'excitation, la céphalée initiale n'avait été que modérée ; seule la démarche incertaine, l'astasie-abasie pouvait faire errer notre diagnostic. Mais rapidement les bienfaits du traitement nous montrèrent l'exactitude du diagnostic porté de démence syphilitique d'emblée.

Pour toutes les manifestations cérébrales de la syphilis, a dit Fournier, il faut que le traitement soit, comme action médicamenteuse, *le plus énergique possible* ; il faut, comme disait Charcot, procéder à une attaque de vive force.

On commence par instituer le traitement mixte intensif et l'on montera rapidement à 3, 4, 5, 6 centigrammes de bichlorure de mercure, à 8, 10, 12 grammes d'iodure (Mairet). On continuera ce traitement 6 à 8 semaines avec un répit de quelques jours (Fournier). Ensuite on fera *le traitement alterne* ; 21 jours de frictions mercurielles, 21 jours d'iodure, puis recommencer les frictions, etc.

Il faudra continuer le traitement pendant longtemps, pendant des mois, et notre premier malade qui cessa le traitement une fois sorti, retomba et revint dans un état de démence aussi prononcé que la première fois, qui céda d'ailleurs aussi bien à l'influence du traitement.

Mairet préconise des assauts successifs par *le traitement mixte* ; mais, dit cet auteur : « il ne vous arrivera pas toujours de pouvoir faire disparaître tous les accidents cérébraux. Il en est qui peuvent être définitivement acquis, tels que paralysie ou *démence*, et contre ces accidents définitifs il n'y a rien à faire. »

Je ne puis absolument pas partager l'avis de cet auteur et les observations de nos deux malades nous montrent parfaitement la possibilité de la guérison rapide de la démence syphilitique.

Digitized by Google

Mais, pour obtenir cette guérison, il est nécessaire de faire un diagnostic précoce, d'instituer un traitement précoce et énergique et de ne pas craindre de donner de fortes doses d'iodure, comme nous l'avons fait chez notre premier malade.

Un de mes élèves, le docteur Maurice Laurent, a bien montré dans la thèse (1900) que je lui ai inspirée l'heureuse influence des hautes doses de ce médicament. Fournier d'ailleurs rend également justice à l'iodure et lui reconnaît une merveilleuse action curative qu'il doit à lui seul et non à l'assistance du mercure.

Il n'y a d'ailleurs aucun danger d aborder ces doses élevées, car l'iodure de potassium est peu toxique.

Küss (de Strasbourg) le donnait jusqu'à la dose de 40 grammes par jour, Wolff allait même à 50 grammes pendant 3 mois, Hasburg (de Copenhague) l'a donné à 2 fillettes de 9 et 14 ans à la dose de 30 à 40 grammes par jour et n'a pas observé de phénomènes d'intolérance ; on a donc pour les doses à administrer une latitude très grande.

Il est incontestable d'autre part que les doses fortes ont des effets plus puissants que les doses données habituellement et j'ai les observations de plusieurs malades dont je n'ai obtenu la guérison qu'en les poussant jusqu'à 20 et même 30 grammes d'iodure par jour.

Il faut cependant éviter les débauches d'iodure que l'on a faites parfois et ne pas atteindre la dose de 70 grammes, par exemple, qui fut donnée autrefois par Puche, du Midi, car on fatiguerait bien vite l'estomac. D'ailleurs, à partir d'une certaine dose, l'iodure n'est pas absorbé et passe dans l'intestin. Certains auteurs pensent que cette dose limite est environ 10 grammes, mais je la crois beaucoup plus élevée, car mes malades, qui ne ressentaient aucun effet heureux de l'iodure à cette dose, guérirent quand je leur donnai 20 et 30 grammes du médicament, et Balzer, ainsi que Nisser sont également partisans des fortes doses. Aussi je conclurai en disant que pour obtenir un résultat dans les formes cérébrales de la syphilis et en particulier dans la démence syphilitique qui nous intéresse plus spécialement ici, il ne faut pas craindre de frapper vite et de frapper fort (1).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le trèfle d'eau ou ményanthe

par M. le Dr Liégeois.
Correspondant national de l'Académie de Médecine.

P.-J.-B. Chomel, dans un livre édité depuis près d'un siècle et demi, écrivait à propos de cette plante indigène : « elle a tant de vertus qu'un auteur moderne en a fait imprimer à Francfort un traité particulier ». N'exagérons pas, sachons toutefois reconnaître qu'elle est susceptible de rendre quelques services.

Le trèfle d'eau, de la famille des gentianées, croît dans les prairies humides, dans les lieux marécageux, dans les étangs, les canaux, et fleurit en avril ou mai. La matière médicale n'emploie ni sa tige herbacée, rameuse grosse comme le doigt, ni son rhizome féculent, ni ses fleurs blanc-rosé disposées en panicules ; elle n'utilise que les feuilles qui sont trois à trois sur une même queue comme dans le trèfle des champs. En 1838, Nativelle retira de ces feuilles la ményanthine sous forme de cristaux prismatiques aiguillés très brillants, très blancs, d'une amertume franche, très solubles dans l'alcool à chaud, partiellement solubles dans l'eau froide, 100 parties de feuilles lui donnèrent 1 partie de ményanthine. On y a trouvé également, en même quantité que cette dernière ou à peu près, une autre substance amère, non cristallisable, qui se dissout bien dans l'eau et l'alcool.

Les anciens disaient du trèfle d'eau qu'il « rétablit parfaitement les forces du système nerveux abdominal » (J. Frank) ; qu'il provoque l'appétit et soutient la digestion dans les dyspepsies atoniques, dans la convalescence des fièvres à long cours. Ils se servaient tantôt des feuilles pulvérisées (0 gr. 60 à 1 gr. 20 avant les repas), plus souvent de l'infusion de feuilles (4 à 5 gr. pour 180 gr. d'eau), quelquefois de l'extrait (0 gr. 30 à 0 gr. 60) : 100 grammes de feuilles, d'après M. Grandval, rendent 25 grammes d'extrait aqueux sec. On peut préparer le sirop de ményanthe en ajoutant 30 grammes de cet extrait sec, ou 35 grammes d'extrait mou à 1 kilogramme de sirop de sucre. Je me suis assuré que la teinture de ményanthe qui, pas plus que le sirop, n'est mentionnée dans le Codex, est un excellent stomachique : 40 gouttes avant les repas. Et, de même, du vin de ményanthe (sans addition d'autres amers) : 30 grammes de feuilles macérées pendant huit jours dans 1 litre de vin blanc ; proportionnellement moins fortes sont les quantités de ményanthe dans le vin aromatique amer de Récamier (15 gr. avec autant d'absinthe et 8 gr. de semences de cardamome pour 750 gr. de vin blanc). Les pilules de Gall contre l'« embarras intestinal » sont aux extraits de trèfle d'eau et de rhubarbe et à l'aloès.

B. Teissier (de Lyon), formulait comme suit son « remède contre la céphalée habituelle » :

Feuilles de ményanthe..... 0 gr. 50

Faire infuser une demi-heure dans une tasse d'eau bouillante, passer et ajouter une cuillerée à bouche de sirop de valériane. Boire une ou deux tasses semblables par jour.

Il affirmait avoir souvent constaté les bons effets

(1) Leçon recueillie par M. M. Salomon, interne du service.

Digitized by Google

de ce médicament très simple déjà « conseillé par Tissot et par Sainte-Marie ». Teissier entendait-il par céphalée habituelle le mal de tête frontal continu, persistant, sans points douloureux au niveau de l'émergence des nerfs crâniens, sans vertiges, sans nausées ni vomissements, indépendant de l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, parfois lié à la neurasthénie, le plus fréquemment sans relations pathogéniques connues, en tout cas réfractaire aux nervins, si bien décrit en 1896 par M. L. Galliard? J'avoue que le trèfle d'eau ne m'a fourni aucun résultat dans cette variété de céphalée ; ni dans la céphalée neurasthénique matutinale avec impression pénible de vide intra-cérébral qui s'atténue durant les repas et ne revient jamais pendant le travail de la digestion ; ni dans cette autre céphalée des nerveux et des surmenés, à laquelle les repas n'ont rien à voir, qui coïncide avec de l'injection du visage, avec des battements cervicaux et temporaux, avec une sensation de bouillonnement dans le cerveau. Je n'ai eu, au contraire, qu'à m'en louer, pris avant les repas, dans la céphalée cérébro-congestive qui survient une heure ou une heure et demie après l'ingestion alimentaire chez les neurasthéniques et chez des intellectuels délicats : il ne faut voir en ceci que l'heureuse action du ményanthe sur leur estomac hypopeptique. Et c'est vraisemblablement pour la même raison que nous avons pu diminuer la fréquence et l'intensité des accès de migraine commune de certains hypopeptiques en les soumettant, par périodes de huit jours, avec des interruptions d'une semaine, à l'infusion de trèfle d'eau dans les intervalles des paroxysmes : le trèfle d'eau a échoué entre nos mains chaque fois que nous ne pouvions invoquer comme influence migrainigène l'auto-intoxication stomacale résultant de digestions imparfaites.

Le ményanthe était du nombre des simples auxquels les anciens attribuaient une influence « résolutive » sur les maladies organiques chroniques de l'estomac, de l'intestin, des glandes du mésentère, et principalement du foie et de la rate. Quelle confiance n'ont-ils pas eue en l'élixir résolutif de Selle, dans lequel l'extrait de trèfle d'eau est en compagnie des extraits de fumeterre, de mille-feuille, de chardon bénit et des teintures d'antimoine et de Mars, et du sous-carbonate de potasse ; en la potion noire de Gall, dans laquelle les extraits de trèfle d'eau et de pissenlit sont dissous, avec l'émétique, dans une infusion de séné et de l'eau de menthe ? Auguste Bonnet (de Bordeaux), dans son *Traité des Maladies du foie* (1828), n'insiste-t-il pas pour qu'on administre ponctuellement pendant deux ou trois mois, dans les « hépatites anciennes », quatre onces *pro die* de sucs dépurés de pissenlit, de bourrache, de pariétaire et de trèfle d'eau ? V.-A. Fauconneau-Dufresne, Frerichs comprirent que ces sucs n'ont de l'efficacité peu marquée dans les cirrhoses, plus appréciable dans les hyperémies du foie, dans les ictères et dans la lithiase biliaire, que parce qu'ils stimulent et régularisent la digestion stomacale, que parce qu'ils sont laxatifs et que leurs sels de potasse excitent la sécrétion de la bile : là est toute la vérité.

On a fait justice de la prétendue propriété (Rai), qu'aurait le trèfle d'eau de prévenir le retour des accès de fièvre intermittente, mais on est d'accord sur ce point que, comme la gentiane, comme la petite centaurée, comme le houblon, comme la sauge, il complète l'action de l'anti-périodique, le quinquina, en relevant les forces digestives et assimilatrices, en favorisant la reconstitution du sang chez les paludéens cachectiques à l'estomac délabré, au foie gros, à la rate énorme, aux membres œdématiés : c'est à ceux-là que conviennent l'infusé de Fr. Hoffmann, l'élixir de Burns, les pilules de Meitzinger, qui ont eu tant de vogue jadis, et dans lesquels le quinquina joue le rôle d'anti-périodique, tandis que le ményanthe et les autres amers remplissent celui d'eupeptiques.

Si, — comme le dit M. Henri Soulier avec une sérieuse apparence de vérité, — le scorbut de terre est le résultat d'une nutrition languissante par suite d'une défectueuse alimentation végétale ou d'un mauvais fonctionnement du tube digestif, s'étonne-t-on qu'on en triomphe par les sucs, par le sirop et par le vin confectionnés avec le raifort, avec le cochléaria, avec le cresson, avec la moutarde noire dont les essences sulfurées et autres activent les phénomènes d'osmose et d'exosmose, et, de concert avec les amers du ményanthe, excitent vigoureusement la digestion ?

Le trèfle d'eau passe aussi pour une plante « dépurative » ; et, à ce titre, on l'a prescrit à tort et à travers indifféremment dans les dermatoses d'origines les plus différentes. Il entre dans le sirop dépuratif de Majault avec la saponaire, la squine, la fumeterre, le sureau, l'arnica, l'arum, le gaïac, le sassafras, la racine de câprier et les baies de genièvre ; la composition du sirop dépuratif amer de Bouillon-Lagrange se rapproche beaucoup de celle du sirop antiscorbutique du Codex avec lequel les mères « purgent le sang » de leurs enfants atteints d'efflorescences cutanées. Nous ne devons, scientifiquement, faire choix du ményanthe en particulier et des préparations complexes auxquelles il est associé, que si l'acné, le prurigo, les dartres, l'urticaire, le furoncle, l'orgelet sont en étroite relation avec des troubles évidents des voies digestives ou des glandes annexes ; ou encore que s'ils ont pour support le

Digitized by Google

lymphatisme ou la scrofule. Le répéterai-je? (1) on n'observera les salutaires effets antistrumeux du trèfle d'eau qu'avec la dose de 5 grammes de feuilles à midi et de 5 grammes le soir dans une tasse d'infusion pendant plusieurs mois. Je ne prescris le ményanthe, comme emménagogue, que dans la chlorose aménorrhéique des lymphatiques et des scrofuleuses.

Dupuy a mis à profit les propriétés urinipares du trèfle d'eau en ajoutant son extrait aux poudres de scille et de digitale et à l'assa fœtida dans ses pilules renommées « contre l'hydrothorax ». Gendrin a traité la péricardite séreuse par le trèfle d'eau uni à la scille, à l'aunée et à l'absinthe.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Phlébite de la veine ophtalmique et phlébite des sinus consécutifs à un abcès dentaire

Le praticien est souvent bien désorienté : une maladie bénigne se complique des accidents les plus graves. Pouvait-il prévoir pareille issue? S'il lui fallait faire entrer dans l'expression de son pronostic tous les accrocs et imprévus de la clinique, il n'aurait jamais fini et son jugement ne serait pas motivé de sitôt. Et pourtant, il convient qu'il songe aux éventualités possibles, ne fût-ce que pour ne pas s'étonner si elles se font jour. Tout en rassurant la famille, il laissera une porte ouverte aux conjonctures fâcheuses. Certes, les chances sont toutes en faveur de la guérison; néanmoins, surveillons le malade. C'est le meilleur moyen de ne rien craindre.

Quand il s'agit d'un abcès dentaire et que l'incision s'impose, commençons par faire rincer la bouche du malade à l'eau boriquée. Flambons notre lancette. Si cela ensuite tourne mal, nul ne nous pourra accuser. Nous aurons fait notre devoir.

Observation. — M. Th..., âgé de 32 ans, commis de perception, est un homme grand et fort. Pas d'excès de boisson. Il n'est jamais malade, ne souffre que d'une série d'abcès dentaires qui se réveillent à tout instant et entourent des molaires cariées au maxillaire inférieur du côté gauche. Le 8 décembre 1898, nouvelle fluxion dentaire à gauche; fièvre (T. s. 38°,6); gonflement gingival très prononcé. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Le 11 décembre, sur un point fluctuant coup de lancette qui amène du pus; l'expectoration purulente continue tout le jour; aucun amendement toutefois dans les signes locaux; au contraire, l'aggravation est manifeste. La tuméfaction s'étend et gagne en arrière l'angle de la mâchoire. Le 13 décembre au matin, violent frisson avec claquement de dents se prolongeant une heure, et suivi de sueurs abondantes. Ce frisson se répète le soir du même jour, et trois fois le lendemain; la fièvre monte et atteint 40°,5. La tuméfaction augmente; tout le côté gauche de la face est le siège d'un gonflement qui, en arrière, déborde l'angle de la mâchoire et descend vers le cou. Que faire? la fièvre reste élevée, des frissonnements se répètent tous les jours. Le foie et la rate sont augmentés de volume. Naturellement, des boissons aqueuses abondantes sont administrées, et aussi le calomel, le sulfate de quinine; les premiers jours on a pratiqué des émissions sanguines locales (sangsues); cela n'a servi de rien; faut-il inciser? Mais quoi? Les tissus sont d'une dureté ligneuse : où porter le bistouri?

Le 17 décembre, un symptôme nouveau apparaît et de haute gravité : une exophtalmie de l'œil gauche se propageant le soir à l'œil droit; un chémosis conjonctival d'un rouge vineux se produit en même temps. La vue est trouble; le malade qui a conservé toute sa connaissance se plaint de douleurs lancinantes, très vives, dans toute la région enflammée. L'œil est très douloureux à la pression; un autre foyer douloureux est accusé en avant de l'oreille gauche; la peau à ce niveau est couverte d'une plaque érythémateuse, d'un rouge livide; on perçoit un empâtement profond. Langue sèche; lèvres fuligineuses.

Le 18 décembre, T. m. 40°,8, T. s. 40°,8, P. = 120; une large ouverture est faite au niveau du masséter gauche, par notre ami le Dr Julliard (de Châtillon de Michaille); on arrive à l'os, pas une goutte de pus; mais un os déjà dénudé sur tous les points que peut atteindre le stylet; une nécrose suraiguë puisque voilà à peine dix jours que la maladie a débuté. Après l'opération, M. Th... tombe dans un état semi-comateux, il ne s'en réveille que pour se plaindre et être en proie à du délire et à une agitation qui se prolonge dans la nuit. Le lendemain matin, la fièvre est tombée à 39°; le pouls n'atteint plus que 92 pulsations, amples et fortes. Ce mieux n'est que relatif. La lucidité de l'esprit qui est assez trouble est coupée d'intermèdes délirants, le chémosis conjonctival a augmenté; un larmoiement muco-purulent coule sur les joues; les paupières se collent en dépit des compresses fréquentes d'eau boriquée. Le soir, la respiration devient fréquente; des plaques rouges, livides couvrent la tempe gauche et les deux pommettes. Le thermomètre remonte à 39°,9.

Le 20 décembre, le malheureux comprend encore et répond quelques mots avec peine. Face énorme, yeux saillants couverts par les paupières agglutinées; pas une goutte de pus n'est sortie de l'incision. La plaie est sèche. Le soir, l'agitation reparaît, délire continu; on a peine à maintenir le malade dans son lit. Il s'affaisse vers le matin et meurt.

Voilà une triste fin à l'occasion d'un abcès dentaire. Partie du foyer de suppuration, l'infection a sans doute gagné les branches de la veine faciale, et de là a pénétré dans les voies anastomotiques qui relient la veine faciale à la veine ophtalmique. Le moment de cette propagation a été fixé par l'apparition de l'exophtalmie et du chémosis précoce qui sont des signes constants de la phlébite de la veine ophtalmique. De là à atteindre le sinus caverneux dans lequel se rend la veine ophtalmique, il n'y avait qu'un pas. Il semble bien qu'il ait été franchi. Les frissons répétés, la fièvre, le mauvais état général, la propagation à l'orbite plaident en faveur de la phlébite; le délire, l'agitation, l'état semi-comateux semblent indiquer la participation des sinus. On aurait encore pu poser le diagnostic de phlegmon

(1) Liégeois. Indications et modes d'emploi de certaines plantes indigènes dans la scrofule. *Journal des Praticiens*, 1900, p. 593.

Digitized by Google

diffus ; les deux affections se ressemblent, la thrombose de la veine ophtalmique offre tous les signes d'un phlegmon de l'orbite.

Aussi bien, nous ne nous attarderons pas à pareille distinction. Il est probable qu'il y a eu chez notre malade, à la fois, phlébite infectieuse et phlegmon diffus suraigu avec mortification des tissus. Trop intense pour faire du pus, l'infection avait du premier coup amené la mort des éléments anatomiques, et cette nécrose du maxillaire qui nous avait surpris lors de notre intervention chirurgicale.

Un souhait que j'adresse à mes confrères, c'est qu'ils ne se trouvent pas souvent en face d'accidents de ce genre. La thérapeutique, en présence d'une allure tellement foudroyante du mal, ne peut qu'avouer son impuissance. Elle se montre surtout préventive par les soins à donner au lavage de la bouche et à la propreté de la lancette. Et encore, ici, ces précautions avaient été prises. — Dr N. Couderc.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Broca. — Service de M. le Pr Pozzi : M. le Dr Broca

La trépanation dans les traumatismes du crâne chez les enfants

M. le Pr Pozzi ayant reçu dans son service un enfant qui présentait, suite de traumatisme crânien, des troubles cérébraux divers, fit demander M. le Dr Broca qui, après examen de l'enfant, conclut à une trépanation nécessaire.

Il s'agissait d'un enfant de 25 mois : à l'âge de 19 mois, il avait reçu un coup de pied de cheval dans la région fronto-temporale gauche. Il tomba sans connaissance pendant une heure, puis se releva hébété. Il ne présenta ni plaie externe, ni écoulement de sang ou de sérosité par les oreilles et les fosses nasales. Cette absence de pareils signes est assez fréquente chez l'enfant. Elle tient à l'élasticité et à la mobilité des os du crâne qui, chez le bébé, s'opposent aux irradiations de la voûte à la base. Une quinzaine après l'accident initial se produisirent des crises douloureuses ; l'enfant poussait des cris, portait ses doigts à l'orifice des conduits auditifs ; peu après il devenait sourd et cette surdité, au dire de la mère, apparut environ six semaines plus tard faisant cortège à une série de vomissements. L'enfant, qui parlait auparavant, devint muet. On sait, en effet, que la parole est une fonction qui dérive de l'ouïe ; toute surdi-mutité est à son origine une surdité. Le mutisme fait suite. Voilà donc le bébé sourd-muet et sujet à des douleurs paroxystiques très vives à la tête.

Au niveau de la région temporo-pariétale gauche, il montre une dépression osseuse excavée dans son centre et laissant le cerveau à nu sous les tissus mous. La largeur de cette excavation est de 15 à 20 millimètres. Sans doute de pareilles excavations n'existent pas dans toutes les fractures du jeune âge; les fissures infantiles du crâne se peuvent consolider, mais elles peuvent aussi s'élargir ; car la dure-mère fait corps avec l'os du bébé et se laisse déchirer quand l'os se brise ; or, dès que la dure-mère est rompue, le liquide céphalo-rachidien fait irruption et tend à écarter les fragments osseux, ce qui n'arrive pas chez l'adulte, car chez celui-ci, la dure-mère est décollable. L'os peut se briser sans que la dure-mère se déchire. De là, possibilité d'épanchements sanguins intra-crâniens et d'accidents de compression cérébrale que la rupture de la dure-mère évite au bébé. La radiographie permet de mieux apprécier l'étendue du traumatisme ; il s'agit d'un enfoncement de forme triangulaire avec, sans doute, esquilles profondes. L'opération aura pour but de relever les esquilles et de libérer les adhérences qui auraient pu se faire. Que l'intervention donne des résultats très favorables, il n'y faut sans doute guère songer ; car l accident primordial remonte déjà à six mois.

La surdi-mutité ne sera pas améliorée, il est à noter que celle-ci a été tardive et ne s'est montrée qu'au bout de 2 mois ; ce n'est pas là la règle ; d'ordinaire les accidents sont immédiats ; existe-t-il aujourd'hui une dégénérescence du nerf auditif ? C'est possible. Si tel est le cas, on comprend l'inutilité de l'intervention au point de vue des phénomènes auriculaires; elle pourra toutefois valoir d'autres avantages ; peut-être évitera-t-elle au bébé les troubles ultérieurs graves (déchéance psychique, folie, épilepsie) qui auraient tendance de se produire si l'on ne faisait rien; encore n'est-il pas dit que l'opération ait aujourd'hui pouvoir d'empêcher l'éclosion de ces troubles, tant elle est pratiquée tardivement. En tous cas, les douleurs vives du bébé commandent une intervention que son infirmité auditive et les risques de l'avenir sont encore de nature à légitimer.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Le diagnostic de la tuberculose chez les enfants. — Le diagnostic de la tuberculose est assez souvent difficile à poser chez les jeunes enfants. S'il est vrai qu'il n'est pas permis d'hésiter quand il y a coïncidence des phénomènes thoraciques et abdominaux, de la micropolyadénite et de la perte de poids, il est des cas où l'on est dans l'impossibilité absolue d'affirmer la tuberculose. Dans quelques cas exceptionnels ce diagnostic peut être fait à l'œil nu sur le vivant. Il en était ainsi chez le jeune enfant de M. Bruin (*Deut. Prax.*). Cet enfant très affaibli présentait sur les piliers et le voile du palais de petits tubercules ulcérés autour desquels apparaissaient des poussées récentes de tubercules non encore ulcérés et sur la nature desquels ne pouvait subsister le moindre doute. — R. B.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin.

La lithiase rénale

M. A. Robin pose les trois indications suivantes en tête du traitement de la lithiase rénale : 1° il faut calmer la douleur; 2° combattre la lithiase; 3° combattre la cause diathésique qui produit la lithiase.

1° *Il faut calmer la douleur.* — Le praticien fera une piqûre de 1 centigramme de morphine ou de 1 centigr. 1/2 de dionine. Le malade aura de plus chez lui une ordonnance dont il fera usage si l'éloignement du médecin empêche de pratiquer l'injection sous-cutanée.

Brom. de potas.....	6	grammes
Chlorhydrate de morphine..	5	centigr.
Eau de laurier-cerise.....	10	grammes
Sirop d'éther.....	30	—
Hydr. de valér.....	120	—

Dès le début de la douleur en prendre une cuillerée et continuer de 1/2 heure en 1/2 heure jusqu'à sédation. Vers la 4e ou 5e cuillerée le calme renaît.

2° *Il faut combattre la lithiase.* — La médication expulsive répond à ce but. Le malade se soumettra au régime lacté 8 jours de temps; il boira des infusions diurétiques, reine des prés, fleurs de fèves de marais (2 gr. par tasse), feuille de mûrier (15/1.000).

On lui ordonnera en outre, les cures hydro-minérales. En général, les eaux de Vichy ne valent rien; elles ont l'inconvénient d'alcaliniser les urines, de précipiter des dépôts phosphatiques autour des cristaux d'acide urique. Quand les reins sont irritables et enclins aux hématuries, le praticien ordonnera les eaux d'Amphion et d'Évian. Dans les cas de pyélite concomitante, il choisira Vittel, Évian, Wildungen. Quand de petites quantités d'albumine sont éliminées, les stations de Contrexéville et de Martigny sont préférables.

Pour savoir si le malade supportera sa saison d'eaux, on le soumettra à domicile à une médication hydro-minérale préalable. Il prendra les deux premiers jours 2 verres de 333 gr. d'eau de la station où il se rendra, le 3e et 4e jour : 3 verres
5e — 6e — 4 —
7e — 8e — 5 —
du 9e au 16e — 6 —

le 17e jour diminution d'un verre, cette diminution d'un verre étant continuée les jours suivants jusqu'au 21e jour.

Le malade doit bien supporter son eau et son urine doit renfermer de petits cristaux d'urique; une diarrhée bilieuse de 1 à 2 selles fétides le matin est d'un bon augure pour le succès ultérieur de la cure.

Une marche de 1/4 d'heure est nécessaire après chaque verre et le premier repas aura lieu deux heures après le dernier verre.

3° *Combattre la cause diathésique qui produit la lithiase.* — Le régime alimentaire et l'hygiène tiendront la haute place dans cette indication. Le malade s'abstiendra d'aliments crus ou acides.

Il s'abstiendra de substances collagènes ou gélatineuses, d'aliments riches en nucléine (cervelles, riz de veau), tous produits qui augmentent la quantité d'acide urique. Comme l'a établi Schweninger, les viandes rouges ne sont pas contre-indiquées. Les corps gras et les sucres seront réduits de quantité.

Le malade se nourrira de bouillons, de soupes maigres, de viandes rouges, de poissons, de volailles, d'œufs, de légumes, surtout de légumes verts. L'oseille et les tomates sont généralement déconseillées. Un peu de cidre sera autorisé; l'eau pure est une boisson excellente, à condition qu'elle ne soit pas trop calcique. Le rapport de l'alimentation animale, vis à vis de l'alimentation végétale, sera d'environ 1/3.

L'exercice modéré sera indiqué; les fatigues augmentent la quantité d'acide urique; un des cyclistes de la course Paris-Bordeaux montrait, après son retour, une quantité quintuple d'acide urique dans ses urines. La bicyclette, à condition d'en faire un usage modéré, rendra des services.

Certains médicaments viendront en aide à l'hygiène bien observée : ils consistent en principes qui, combinés avec l'acide urique, donnent des urates solubles. M. A. Robin s'est bien trouvé de la pipérazine. Il la formule à doses plus faibles que celles généralement indiquées, et ne la continue pas au-delà de 3 à 4 jours. Passé cet intervalle, les décharges uratiques ne se produisent plus.

Pipérazine.....	3	grammes
Eau distillée.....	300	—

1 cuillerée après déjeuner et dîner.

Au bout de 3 jours, remplacer par du carbonate de lithine.

Carbonate de lithine.....	15	centigr.

Dans un verre d'eau de Vittel, d'Evian ou de Contrexéville, à continuer 4 jours, avant déjeuner et dîner.

Comme succédanés de la pipérazine, on peut encore prescrire le sidonal qui est un quinate de pipérazine. On le prescrit aux mêmes doses que cette dernière.

Digitized by Google

Sidonal.....	3 grammes
Eau distillée.....	300 —

1 cuillerée après déjeuner et dîner.

Haeckel (de Marseille) a recommandé dans le même but la globularine.

Globularine.....	5 centigr
Globularetine.....	7 —
Alcool 90°.....	20 grammes

5 à 10 gouttes avant chaque repas. Ce remède peut être associé au carbonate de lithine.

Les strychniques à faibles doses exercent une action dans le même sens.

Teinture de noix vomique.. ou fèves St-Ignace.....	6 grammes
Teinture chardon bénit....	6 —

6 gouttes avant les repas.

Mais l'essentiel est l'usage de boissons abondantes. Aux repas, plutôt que du vin et du cidre, conviendront des infusions aromatiques chaudes.

SYPHILIGRAPHIE

Les injections mercurielles dans la syphilis. — Depuis qu'il est établi que certains accidents, tels que le tabes ou la paralysie générale sont d'origine directement syphilitique et dépendent sans doute d'un traitement insuffisamment énergique prescrit dans le début, la question revient sur la nécessité des injections mercurielles et la valeur comparative des différents produits usités en pareil cas. Le nombre de composés mercuriels pouvant être injectés par la peau est considérable.

Nous ne parlerons pas longtemps des sels insolubles. En dépit de l'éloge qu'en font M. Jullien (*Bull. gén. Thérapeut.*, 8 août), MM. Barthélemy, Lafay, Lévy-Bing (*Ann. Dermat. et Syphil.*, juillet 1902), qui vantent leurs effets protecteurs contre le tertiarisme, c'est là une thérapeutique dont l'efficacité très réelle est malheureusement compensée par des mécomptes fort désagréables. Dernièrement un confrère de province avait administré une injection sous-cutanée de 5 centigr. de *calomel* à un malade, atteint d'accidents syphilitiques graves. Des douleurs si violentes firent suite, qu'à sa seconde visite chez le malade, il fut reçu par celui-ci à coups de balai, et dut disparaître au plus tôt. D'autre part nous avons publié ici même un cas d'hydrargyrisme mortel à la suite de quelques injections de 5 centigr. de calomel (n° 14). Les praciens qui passeraient outre à la perspective de ces inconvénients possibles et de ces dangers, devraient user des doses adoptées par M. Jullien : injections de 5 centigr. (pour un malade pesant 50 kilos), de 7 à 10 centigr. (malades pesant de 70 à 80 kilos), répétées tous les huit jours, pendant trois à quatre semaines. Ensuite on augmente les intervalles et on les étend à une période de 10, 12, 15 jours, un mois. Les mêmes objections, — moins graves toutefois car l'activité des préparations est moindre, — peuvent être adressées aux autres sels insolubles.

Le *salicylate basique de Hg* est employé pour les injections insolubles ; le salicylate neutre a été préparé par M. Lafay en injections solubles, à 1 et 2 0/0 (*Bull. génér. Thérap.*, août). M. Jullien préconise le *salicylate de Hg* insoluble à raison de 6 centigr.. deux fois par semaine ; le remède pourrait être employé longtemps sans qu'un effet d'intolérance se produise. Outre le salicylate, l'huile grise a aussi les prédilections de M. Jullien ; il l'injecte par périodes de 6 piqûres, à huit jours d'intervalle, chaque piqûre faisant pénétrer 1/10 de cc. ; on renouvellera ces périodes de 6 piqûres deux, trois, quatre fois par an, suivant besoin ; mais elle peut occasionner de même que le calomel des douleurs vives. M. Danlos considère l'huile grise comme bien inférieure au calomel (*Bull. Soc. Th.*, 25 juin).

L'avantage des sels insolubles réside dans l'intervalle qui sépare leur injection dans les tissus : huit jours d'ordinaire. Ce n'est pas une affaire. Un malade peut fort bien se déplacer tous les huit jours. Pour les injections des sels solubles, c'est autre chose. C'est tous les jours que le remède doit être injecté. Devant cette visite quotidienne au médecin, certains malades pourront reculer. On se contentera, en cas de refus de leur part, de prescrire des frictions mercurielles, l'usage interne du mercure ne mettant pas, ce semble, suffisamment à l'abri des complications tardives vers le système nerveux. Nombre de malades toutefois, à qui on fera valoir les avantages des injections, se rendront à l'appel du praticien, de façon à se mettre en garde contre les risques ultérieurs.

Parmi les préparations des sels solubles, le confrère opèrera un choix raisonné.

Certains sels, semble-t-il, produisent des accidents plus communément que d'autres : tels *le cyanure de mercure*. MM. Barthélemy et Lévy-Bing ont insisté sur les inconvénients de ce composé (*Ann. Dermat. et Syphil.*, juillet 1902, p. 755). Aux doses de 0,02. ce qui n'est pas une quantité exagérée, des érythèmes scarlatiniformes généralisés se peuvent produire, érythèmes très intenses, accompagnés de phénomènes généraux à début brusque, évoluant avec fracas, sans d'ailleurs être suivis de phénomènes graves. Ajoutons que M. Brocq, dans la discussion qui a suivi la communication de MM. Barthélemy et Lévy-Bing, assure n'avoir jamais rien observé de semblable. Il injecte couramment le cyanure de mercure à la dose de 1 centigr., et n'a jamais rien à objecter à son emploi, sinon la formation de nodosités persistantes.

Digitized by Google

Quant au *bichlorure de mercure* en solution aqueuse, il exerce une action locale un peu irritante et demande à être dilué dans une certaine quantité d'eau. On peut l'injecter aux doses de 4 milligr. dissous dans 2 grammes d'eau.

M. Jullien se loue avec Wolff (de Strasbourg), de l'usage du *succinimide de mercure* (3 milligr. à 2 centigr.). Nous laissons de côté certains produits mal définis (*cacodylate de Hg*), ou de conservation incertaine, et de préparation difficile (*peptonate de Hg*).

Restent quatre grands agents dont l'emploi tend à se généraliser davantage.

Le premier est l'*hermophényl* (mercure-phénol de sulfonate de sodium). Ce remède dont M. Hallopeau a récemment entretenu l'Académie (n° 31), a été l'objet d'un travail fort complet de la part de M. Mournaud (*Th. Lyon*, 1902). Il peut être employé sous forme pilulaire aux doses de 0,05 par pilules (2 à 3 pilules à déjeuner et à dîner) ; mais le mieux c'est d'en user par voie hypodermique. M. Mournaud propose d'injecter tous les deux jours 5 centigr. du mercure-phénol; quand le malade sera en voie de guérison, espacer les injections et diminuer les doses. Le choix de la région importerait peu. M. Mournaud a pratiqué des injections au bras, à la cuisse, plutôt dans la région sous-cutanée que dans les tissus intra-musculaires. Après l'injection, léger massage de la région. Le manuel opératoire de l'injection est le même que pour toutes les injections hypodermiques : désinfection de la seringue, emploi d'un liquide stérilisé, etc.

Le *bi-iodure de mercure* aux doses coutumières de 4 milligr. par gramme d'huile stérilisée est un remède classique. Mais cette dose est insuffisante. Il faut l'élever à 3 ou 4 centigr. par jour et même davantage (Lépine, 0,06), surtout si des signes de tabes se montrent ; M. Lafay a présenté à la Société de Dermatologie une huile bi-iodurée à 0,01 par cc. (*Bull. génér. Thérap.*, 8 août). C'est donc 3 à 4 seringues qu'il conviendrait d'injecter. Cela fait beaucoup de liquide. M. Antony (*Arch. de Méd. et de l'Arm. milit.*, juin 1902), préconise les injections de bi-iodure de mercure chloruré en dissolution dans l'eau, à savoir :

Biiodure de mercure.....	0 gr. 50
Iodure de potassium.....	0 — 60
Phosphate de soude.....	1 gramme
Eau distillée ou sérum artificiel, q. s. pour.....	50 cent. cubes

Un centimètre cube de cette solution renferme également 1 centigr. de bi-iodure de mercure. Cette solution peut être diluée au tiers, demi ou deux tiers avec du sérum artificiel. Elle est assez douloureuse. L'auteur assure qu'en remplaçant l'eau distillée par du sérum, et l'iodure de potassium par l'iodure de sodium, elle est mieux supportée. D'après M. Antony, l'injection profonde dans les muscles prédisposerait à la névrite ; il faut la pratiquer dans la région fessière.

En dernier ressort nous comptons *le lactate et le benzoate de mercure*. Le *lactate de mercure* a été recommandé par Gaucher, aux doses au 1/100 (n° 11), pour injections hypodermiques, ou à l'intérieur, en solution à 1/1000 (4 cuillerées à café par jour). M. Lévy-Bing injecte journellement, à Saint-Lazare, 0,03 de lactate de mercure (*Bull. génér. Thérap.*, 8 août, p. 185). Moins affirmatif que M. Gaucher, l'action curative du remède ne lui semble pas suffisamment démontrée.

Reste le *benzoate de Hg*. Nous l'avons vu employer dans le service de M. Albert Robin aux doses de 0,05 par jour, et c'est après avoir vu les effets merveilleux de ce remède, à la dose susindiquée, que M. Leredde a commencé sa campagne en faveur des hautes doses de mercure dans la syphilis. Dans les cas de tabes, le remède doit être continué pendant des semaines et des mois de suite, avec suspension passagère en cas de troubles de stomatite. On commence par 0,02 pour monter à 0,05 au bout de quelques jours.

Rappelons à ce sujet que, selon M. Leredde, la préparation mercurielle importe peu. Ce qu'il faut, c'est de hautes quantités de mercure, quel que soit le sel où il est incorporé. Or le benzoate renferme 45,25 0/0 de Hg, le bi-iodure en contient 44,05 0/0, le lactate 0,52 0/0.

D'autres composés en contiennent encore davantage : ainsi le bichlorure 0,73 0/0, et le cyanure 0,79 0/0. Mais nous avons plus haut signalé les inconvénients de ces deux produits, le premier de par son action irritante nécessitant sa dilution dans une plus grande quantité de liquide, et le second occasionnant, au dire de MM. Barthélemy et Lévy-Bing, des érythèmes scarlatiniformes.

Certains auteurs sont allés plus loin, et au lieu de s'en tenir à l'injection sous-cutanée du produit, en ont préconisé l'*injection intra-veineuse*. Tel M. Jules Renault (Voir n° 29). Cette méthode a inspiré le travail inaugural de M. Bouzitat (*Th. Paris*, 1902). En dépit des bons résultats annoncés par l'auteur, qui, injectait tous les deux jours 1 centimètre cube de la solution de cyanure à 1/100, il ne semble pas que sa pratique doive jamais devenir courante. La technique en est plus malaisée, et les simples injections sous-cutanées fournissent tous les avantages qu'on est en droit d'attendre de la médication mercurielle.

Digitized by Google

RHINOLOGIE

Les pseudo-sinusites. — Il est très bien de diagnostiquer une sinusite ; encore ne faut-il pas la voir où elle n'est pas. Certains neurasthéniques souffrent parfois d'une douleur gravative, profonde, au niveau d'un des sinus frontaux. Ils font le tour des spécialistes, persuadés qu'il s'agit d'une inflammation, d'un abcès, d'une tumeur, de quelque chose d'anormal qu'il faut évidemment ouvrir ou enlever. Le spécialiste les rassure : il n'y a rien. La douleur est indépendante de toute lésion concomitante et doit être rattachée aux troubles du système nerveux. Un traitement général en viendra à bout. Dans ce cas aucune erreur possible, les signes de neurasthénie, l'élément douloureux seul en jeu et sans que des troubles de sécrétion l'accompagnent, permettent de dépister l'origine nerveuse des accidents. Parfois le diagnostic est plus malaisé : des malades se plaignent de douleurs sourdes, continues, au niveau de la queue des sourcils ; celles-ci sont intolérables avec exacerbations nocturnes. Un liquide séro-muqueux ou muco-purulent suinte, coule plus ou moins abondamment par les narines, les malades perçoivent une mauvaise odeur. Les signes de sinusite frontale semblent évidents. Le chirurgien opère ; il ne trouve rien. Les accidents qu'il rattachait à une cause inflammatoire étaient d'origine hystérique. M. Jacques vient de publier l'histoire de deux malades, où pareille confusion avait été commise. (*Revue hebdom. de laryng., otol., rhinol.*, 16 août 1902.)

La première était une fille de 15 ans. M. Jacques devant la persistance des troubles douloureux et sécrétoires, la malade mouchait des quantités de matières jaunâtres, procéda à la trépanation du sourcil droit, celui dont la pression était la plus douloureuse. Il tomba sur un frontal compact et sans cavité, deux seules petites cavités purent être ouvertes en dedans et en arrière ; elles appartenaient au labyrinthe ethmoïdal et étaient tapissées d'une muqueuse saine, nullement épaissie, à peine congestionnée. Après une amélioration passagère, tous les troubles reparurent s'accompagnant en outre d'une toux nerveuse, rauque, aboyante.

La seconde malade, âgée de 30 ans, fut également trépanée ; elle souffrait beaucoup et du muco pus était constaté dans les deux narines. L'opération montra un sinus sain, à muqueuse légèrement épaissie et pas trace de pus ; un soulagement temporaire suivit ; les douleurs diminuèrent un peu, mais l'écoulement nasal augmenta et acquit de plus en plus le caractère hydrorrhéique.

Chez ces deux malades, il ne s'agissait ni d'écoulement de liquide céphalo-rachidien, ni d'hydrorrhée sinusienne. Le flux avait sa source dans la pituitaire elle-même et spécialement dans sa portion ethmoïdale. Il devait être attribué à une origine hystérique. L'une des deux malades précédentes, devant la persistance de ses douleurs qui survivaient à l'opération, fut adressée à M. le Pr Bernheim : ce dernier posa le diagnostic d'hystérie et soumit la malade à une thérapeutique suggestive qui amena de l'amélioration

En présence d'une malade accusant avec un écoulement nasal exagéré, même muco-purulent, une douleur de tête fixe dans la région frontale, avec sensibilité locale à la pression et éventuellement même, opacité de l'arcade sourcilière, comme il fut constaté dans un cas, il faudra songer à la possibilité de troubles purement névropathiques et tenter avant toute intervention, l'emploi de la thérapeutique suggestive sous une forme quelconque, surtout si le sujet est un névropathe avéré.

Selon M. Jacques, deux constatations objectives viendront corroborer le diagnostic : l'absence constatée à plusieurs reprises de filets du pus crémeux. dans le nez et l'aspect plus pâle, plus uni, plus lavé, plus uniformément dégénéré de la muqueuse ethmoïdale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La levure de bière dans les affections pulmonaires. — Il nous est déjà arrivé de parler de l'emploi thérapeutique de la levure de bière (n° 9). Nous disions que M. Marie l'avait prescrite dans la pneumonie. Faisans s'en était, ce semble, bien trouvé dans la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde.

Le remède est surtout utile dans la furonculose. Là-dessus aucun doute. Trois à neuf cuillerées à café de levure fraîche, 2 à 3 cuillerées à café de levure desséchée dans un peu d'eau amènent une disparition rapide des furoncles. Quelle est l'action du remède dans les maladies infectieuses ? Pour la fièvre typhoïde. les documents manquent quelque peu de précision. Faisans recommande la levure à titre de médication adjuvante (*Bulletin Soc. Méd. Hôp.*, 31 mai 1900) ; pour Blancher, elle combattrait avec succès la diarrhée typhoïdique (*Th. Paris*, 1900, p. 46). D'autres auteurs la prônent dans l'érysipèle (Desseaux), la peste (da Fonseca), la variole (Piétri).

Employée sans grand succès dans les vaginites comme remède interne, elle a été utilisée pour l'usage externe dans des maladies de même ordre. Il ne semble pas que ces tentatives aient été heureuses.

Des observations favorables ont été données dans le diabète (Cattaert), les angines (Durand), les gastro-entérites (Thiercelin et Chevrey), la constipation habituelle (Sébilotte), la grippe à forme intestinale (Faisans).

Digitized by Google

Voici que M. le Dr Jean Lardier étudie l'action du remède dans les affections pulmonaires (*Th. Paris*, 1902).

Les bronchites aiguës, arrivées à la période d'expectoration épaisse atténuent tout de suite le flux bronchique, grâce à l'action dessicante de la levure. La guérison chez le vieillard survient dans un intervalle qui varie de 8 à 15 jours. Mêmes effets dans la bronchite chronique, l'expectoration est rapidement tarie. M. Lardier pense même que la levure de bière possède une action préventive et aurait la faculté prise, pendant un mois, d'empêcher chez les malades à bronches susceptibles, l'évolution de la bronchite habituelle.

Tant de médications ont été employées et avec succès contre la pneumonie qu'il eût été étonnant de ne pas trouver la levure dans le nombre. M. Marie s'en tient à son opinion première ; dans les cas paraissant désespérés, il a vu les symptômes s'amender et la guérison survenir. Cette issue heureuse est-elle due au médicament ? Celui-ci n'ayant aucune action nuisible, on pourra toujours en essayer. Il n'en coûte pas beaucoup, à côté de la médication habituelle, d'ordonner à un pneumonique de la levure de bière, 2 à 3 cuillerées à café par jour. M. Lardier conseille de ne prescrire le remède qu'à la dernière période du mal ; parfois la défervescence se fait lentement, la maladie traîne en longueur, l'expectoration ne tarit pas et devient purulente. Administrée pour combattre ces symptômes, la levure en viendrait à bout en quelques jours (huit jours et dix jours sur deux malades) ; car outre son action desséchante sur les sécrétions, le médicament en possède une sur le système nerveux qu'il tonifie rapidement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le cerclage dans les fractures de l'olécrâne. — Presque toujours l'olécrâne se brise sous l'action d'un traumatisme direct frappant le coude en flexion à angle droit. Très exceptionnellement (et encore il y a des doutes à cet égard) la contraction musculaire suffit à fracturer cette saillie. Quoi qu'il en soit, l'anatomie pathologique nous apprend que le trait de fracture est presque toujours transversal et qu'il siège à la partie moyenne. C'est la variété classique. Dans une seconde variété, rare, on rencontre un arrachement du sommet de l'apophyse, enfin dans une troisième variété, également rare, le trait obliquement dirigé en bas et en arrière détache du corps de l'os l'olécrâne et la partie sous-jacente de l'extrémité cubitale. Le déplacement qui *a priori* semble devoir être notable, est simplement en raison directe de l'étendue de la déchirure de l'appareil ligamenteux qui unit l'olécrâne aux parties voisines et en particulier aux apophyses de l'humérus. La résistance de cet appareil compense la traction musculaire, si bien qu'ordinairement, on peut rétablir le rapport parfait des fragments en mettant l'avant-bras en extension complète. L'épanchement intra-articulaire est constant dans les fractures types; il joue un rôle important dans l'avenir de la fracture; en effet, en donnant naissance à des caillots interfragmentaires, il empêche la coaptation parfaite, et partant, la consolidation osseuse, si importante à obtenir.

Le tableau clinique des fractures types de l'olécrâne est d'ordinaire assez bien marqué pour que le diagnostic en soit facile.

Le blessé se présente parce qu'il souffre du coude et que les mouvements de flexion, mais surtout d'extension, sont plus ou moins gênés; il est facile de voir un membre à demi fléchi supporté par la main du côté opposé et avec un gonflement très marqué au niveau de l'articulation. La pression sur l'olécrâne réveille une sensibilité exquise, transversalement située à sa partie moyenne et peut permettre de percevoir une dépression linéaire qui représente la ligne du trait de fracture ; l'écart entre les deux fragments peut être, du reste, plus considérable. Enfin si l'on saisit le fragment supérieur et qu'on veuille le mobiliser tranversalement on décèle assez souvent une crépitation osseuse qui manque dans les cas d'écartement notable ; mais alors il suffit de faire mettre l'avant-bras en extension pour la retrouver.

Les fractures du sommet ont comme caractères : l'absence de crépitation et mobilité latérale; les limites du fragment qui semble épargner les insertions latérales du triceps ; la conservation des mouvements d'extension dans leur étendue normale. Dans les fractures de la base la partie inférieure du fragment olécrânien soulève en coin les téguments qui peuvent être perforés tandis que l'extrémité cubitale se perçoit, coupée en biseau, aux dépens du bord postérieur de l'os.

Quand, à cause de l'intensité du gonflement, le diagnostic est impossible, on attendra quelques jours que l'épanchement se soit résorbé par la compression et le massage, ou si l'on est installé pour cela, on fera une radiographie. La marche des fractures de l'olécrâne est simple. La réunion s'opère en 25 à 30 jours, assez souvent par un cal osseux ou un cal fibreux serré, mais parfois aussi, dans les cas de grand écart, par un cal fibreux qui se relâche et entraîne une impotence fonctionnelle partielle.

Au sujet du traitement « les deux écueils principaux à éviter, dit M. Decq dans une thèse courte mais intéressante (*Paris, 1902*), sont l'ankylose et une articulation non consolidée ou consolidée avec un cal vicieux qui la laisse disloquée. Or, quand on

Digitized by Google

veut éviter l'ankylose, c'est-à-dire quand on mobilise de bonne heure l'articulation, on court grand risque de ne pas avoir de consolidation ; un cal fibreux se forme et le rôle physiologique de l'articulation est singulièrement compromis. Si, au contraire, on veut assurer la formation d'un cal osseux, il faut immobiliser l'articulation, après coaptation, pendant de longs jours et de cette façon encore compromettre très sérieusement les fonctions articulaires. » En réalité dans les fractures sans écartement le traitement non sanglant peut donner d'excellents résultats, qu'on emploie l'immobilisation en demi-flexion, on l'immobilisation en extension, qu'on ajoute la ponction intra-articulaire qui supprime l'épanchement de sang si nuisible à la consolidation, ou que l'on revienne à la griffe de Malgaigne, célèbre pour les fractures de la rotule. Il est néanmoins certain que le massage commencé dès le deuxième jour avec une immobilisation rigoureuse intercalaire produit les meilleurs effets.

Tout autre est la règle de conduite quand on est en présence d'un fragment supérieur très mobile et nettement séparé du corps de l'os, quand il s'agit encore d'une fracture ouverte. Il faut avoir recours de suite à l'intervention sanglante et rejeter la suture osseuse (difficile, quelquefois impossible à pratiquer quand il y a plusieurs fragments et ayant l'inconvénient de nécessiter un fil intra-articulaire) pour adopter le cerclage préconisé par M. Berger, exécuté pour la première fois par M. Legueu.

Le cerclage de l'olécrane est une opération simple. Anesthésie générale. Préparation du champ opératoire ; il est inutile d'appliquer la bande d'Esmarck. L'opération en elle-même comprend les 4 temps suivants :

Premier temps. — Incision curviligne à concavité supérieure, dirigée vers l'aisselle, allant sur la partie postérieure du coude, de l'épitrochlée à l'épicondyle.

Deuxième temps. — On relève le lambeau cutané ; si la fracture est récente on nettoie à la compresse la tranche des deux fragments que l'on débarrasse minutieusement du moindre caillot ; s'il en est besoin, on utilisera la curette. Si l'on était en présence d'une fracture ancienne avec cal fibreux, il faudrait supprimer entièrement ce cal et aviver à la curette les surfaces osseuses.

Troisième temps. — A l'aide d'une aiguille de Reverdin ou d'une aiguille de Cooper on transperce transversalement de part en part le tendon du biceps au niveau du sommet de l'olécrâne. Le fil d'argent est passé. On répète successivement la même manœuvre de haut en bas sur chacun des deux bords de l'apophyse en zigzaguant à travers les tissus fibreux. On fait alors passer le fil transversalement à travers le fragment inférieur perforé à 1 centimètre au-dessous du trait de fracture, au moyen d'une petite vrille comme on en trouve dans le commerce. Le fil a ainsi traversé les plans fibreux ou tendineux en trois directions et l'os en une seule ; il n'y a plus qu'à le tendre, à tordre ses extrémités, les couper au ras et les rabattre sur l'os, après s'être assuré que les deux fragments sont en contact intime.

Quatrième temps. — Suture de la peau au crin ; s'il y a eu plaie, d'où possibilité d'infection : petit drain à la partie déclive.

Les soins consécutifs consistent à laisser le bras immobilisé en demi-flexion dans le pansement jusqu'au huitième jour, date à laquelle on retire les fils et où l'on commence le massage.

Dans les quatre cas qui appartiennent à M. Legueu, ce mode de traitement a été rigoureusement suivi et la guérison était complète vers le 20e jour — R. B.

CLINIQUE MÉDICALE

Variole fœtale sans variole maternelle. — Les relations entre mère et fœtus au sujet de la transmission de la variole apparaissent multiples.

La mère nettement atteinte de variole peut communiquer la maladie au produit de conception *in utero*. Celui-ci peut naître mort, quelquefois vivant, porteur de stigmates plus ou moins récents, pustules en évolution ou circatrices. La variole parfois n'apparaît qu'après la naissance, l'incubation se terminant en dehors de l'utérus.

Au lieu d'être infecté, le fœtus pourrait aussi être immunisé, tel le cas rapporté par M. le Dr Russet (*Académie de médecine*, 21 janvier 1896.) L'enfant vivant échappe à la variole, mais sans être immunisé.

Pour l'explication de ces faits, on a mis en cause la perméabilité du placenta aux toxines ou aux germes pathologiques, perméabilité facilitée peut-être par les lésions mêmes de l'organe.

Quelquefois, la maladie de la mère a pu être si latente, si insignifiante, que sa nature a été totalement méconnue. Le fœtus n'en est pas moins infecté et à un degré bien supérieur à celui que l'avait été la mère. Tel est le cas récemment observé par MM. Gommia et Léon Ilitte, de variole congénitale ayant amené, 52 jours après l'attaque fruste que fut la variole maternelle, l'expulsion d'un fœtus mort, macéré et porteur de cicatrices varioliques. (*Bulletin de l'hôpital civil français et de la Société internationale de Tunis*, 5e année, no 2, 25 février 1902.)

Mais quelques faits plus rares, plus singuliers aussi, ont été relatés, dans lesquels la mère reste complètement indemne de toute infection variolique, tandis que le fœtus, lui seul, en est atteint,

Digitized by Google

C'est un cas de ce genre que vient de publier tout dernièrement M. le Dr Giuseppe Jacontini (de Naples), dans la *Riforma medica*, février 1902, nos 61-62.

Il s'agit d'une femme de 24 ans qui, à sa troisième grossesse, mit au monde un enfant à terme, mais mort, porteur de 20 à 30 pustules, flétries par dessication, survenues dans les 20 heures qui s'étaient passées depuis l'accouchement avant l'examen.

Les pustules avaient la grosseur d'une lentille et tous les caractères habituels à l'éruption d'une variole franche.

Pendant sa grossesse, à aucun moment, la femme n'a eu quelque trouble pathologique que ce soit : « *non han presentato l'ombra di un disturbo* ».

A aucun moment la mère n'a présenté de fièvre ; on n'a noté que deux plaques d'érythème fessier au niveau des ischions, de la grandeur d'une pièce de 5 francs d'argent, qui se sont recouvertes de quelques vésicules dont quelques-unes pustulèrent et c'est tout. Il est par conséquent impossible d'interpréter cet incident de décubitus dans le sens d'une éruption variolique même des plus anormales, car malgré un examen minutieux et répété, rien n'apparut sur le reste de la surface cutanée.

Cette absence totale de tout phénomène pathologique rend le fait rapporté très spécial ; car jusqu'ici dans les observations la trace de quelques symptômes, même légers, portait à faire croire que la variole avait pu n'en pas moins exister. Ici, rien de semblable : la mère n'a absolument pas eu la variole, son enfant en est indubitablement mort dans l'utérus.

Mais il est utile de relever certaines particularités épidémiologiques.

Dans le village où habitait la femme, la variole régnait d'une façon endémique, et dans la maison même avaient existé des cas de variole, et il en existait même à l'époque de l'accouchement de cette femme. Un de ses enfants âgé, de 3 ans 1/2, avait encore la face marbrée par des maculatures consécutives à la maladie ; et un second, de 2 ans, malade 10 à 12 jours après le premier enfant, laissait voir à la face des pustules à peine desséchées, ainsi qu'un abcès au front.

On peut donc étiqueter l'observation : *variole fœtale sans variole maternelle, dans un milieu varioleux.*

Pour que telle éventualité puisse se produire, il faut supposer que le virus varioleux a pu traverser l'organisme maternel sans l'infecter, pour s'aller directement fixer sur l'organisme fœtal. Ici le placenta, cependant complètement sain, puisqu'on a pu l'examiner, a laissé passer le contage, sans jouer aucun rôle de barrière.

Il a donc fallu que la mère fût à ce moment en état d'immunité en face de la variole.

Cette immunité, il est peu logique d'admettre, ce qui semblerait paradoxal, qu'elle la reçut du fœtus infecté d'abord, infection dont l'antériorité ne serait pas moins paradoxale.

La mère était donc en état d'immunité. Cette immunité pourrait reconnaître une des trois modalités suivantes : immunité naturelle ; immunité secondaire à une atteinte de variole antérieure pas trop éloignée ; immunité due à une vaccination ou une revaccination encore efficace.

La seconde rentre dans les possibilités, mais dans son travail, M. le Dr Jacontini ne nous dit pas que ce soit le cas pour le fait en question ; il n'invoque pas non plus la troisième catégorie, l'immunité vaccinale encore effective.

Il ne reste donc que la première, tout hypothétique qu'elle soit. Il y aurait là quelque chose de semblable à ce qu'on observe dans l'hérédosyphilis (loi de Colles), lorsque l'infection passe du père à l'enfant sans toucher (tout au moins objectivement), la mère elle-même.

Quoi qu'il en soit, la variole fœtale sans variole maternelle constitue un fait intéressant et indéniable dont l'observation de notre confrère napolitain confirme encore l'existence par sa netteté beaucoup plus accentuée que dans les cas que nous avaient fait connaître, il y a déjà longtemps, Gnoli-Carlo (1841), Chagnaux (1847), Bouchut (1862), et plus près de nous Perreda (1882), pour n'en nommer que quelques uns. — H. Gillet.

Névroses cardiaques. — Le Dr Aloïs Pick, médecin-chef de l'hôpital militaire de Vienne, a observé 41 fois chez des soldats âgés de 18 à 30 ans, un syndrome qui se rapproche de la maladie de Basedow, mais qui en diffère néanmoins assez pour mériter une place à part dans l'étude des névroses cardiaques (*Wiener Klin. Rundschau*). Les malades ressentent des palpitations et de l'oppression au moindre effort, et ils se plaignent de fatigue musculaire. A l'examen ils présentent tous une légère hypertrophie de la glande thyroïde, souvent du lobe droit seulement ; ce goître n'est jamais pulsatile. Les pupilles sont inégales, la droite est dilatée, mais elle réagit à la lumière ; il n'est pas possible de mettre cette mydriase sur le compte d'une compression du nerf sympathique droit par le lobe de la thyroïde ; son hypertrophie est trop peu considérable pour atteindre ce nerf.

Le cœur de ces malades est très irritable un léger effort suffit pour en accélérer les battements ; s'il est à 70 au repos, une demi-minute de pas de course le

Digitized by Google

fait monter à 140 pulsations ; cette fréquence dure pendant deux minutes. La matité précordiale est augmentée, et on pourrait croire à une hypertrophie de l'organe ; mais il est fort possible qu'il ne s'agisse que d'une dilatation ; on sait que Kraus a démontré que le cœur goîtreux, dit hypertrophié, n'était souvent que dilaté et qu'il ne présentait aucune augmentation de poids à l'autopsie (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1899, n° 19).

Les capillaires cutanés sont très irritables, et tous les malades sont nettement atteints de dermographisme. Ils présentent aussi régulièrement de l'hyperhidrose, surtout des aiselles. Les réflexes tendineux sont exagérés. Le pharynx est anesthésique, mais tous les autres signes d'hystérie manquent. Chez quelques-uns les mains étendues tremblent quand les yeux sont clos. D'autres présentent le signe d'Erben (*Journal des Praticiens*, 1898) : il consiste en un ralentissement du pouls quand le malade s'acroupit, ralentissement qui fait rapidement place à une accélération. Chez d'autres il y a par-ci, par-là un peu d'arythmie du cœur.

Il est difficile de donner une pathogénie exacte de ce syndrome ; aucune autopsie n'est venue l'éclairer jusqu'ici. Faut-il en faire une maladie de Basedow fruste? Cela semble au moins très discutable, même si l'on considère les troubles cardiaques comme le symptôme dominant dans cette maladie, comme le veut Moebius. L'idée de ranger ce syndrome dans le groupe du cœur goîtreux de Kraus est plus plausible. L'avenir lui donnera peut être sa place dans les maladies thyroïdiennes dont la pathologie est loin d'être complète. — Bd.

ACTUALITÉ

Préfets et remplacements

Un fait nous est relaté par notre confrère : *Le Bulletin des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais*. Il a trait à un abus de pouvoir inouï de la part du Préfet du Pas-de-Calais. Un confrère lui demande l'autorisation nécessaire à l'effet de se faire remplacer pour quelques semaines par un étudiant pourvu de 16 inscriptions et interne des hôpitaux de Lille. Cette démarche du praticien constituait une simple formalité. Il avait droit de choisir son remplaçant tel qu'il l'avait fixé et dans les conditions prévues par la loi de 1902 sur l'exercice de la médecine. Si le préfet doit être averti en pareil cas, c'est à seule fin qu'il s'assure des titres de scolarité présentés par le remplaçant. Ce dernier a-t-il 12 inscriptions, étant interne, en a-t-il 16 n'étant pas interne? Or, que répond le préfet? Qu'il ne peut accorder l'autorisation. Le remplaçant sans doute est en règle ; mais il a une tache. Il est élève de la Faculté catholique de Lille.

Ce Préfet se forme une singulière idée du monde médical. Quand nous soignons un client, lui demandons-nous ses opinions ? Existe-t-il des maladies diverses au gré des idées politiques du patient? A-t-on jamais décrit une pneumonie catholique, une pneumonie libérale, une pneumonie socialiste ? Le Préfet du Pas-de-Calais est un fonctionnaire peu judicieux. Son zèle gouvernemental lui joue un bien mauvais tour; car voilà les médecins qui se récrient et ceux qui défendent les opinions les plus opposées en matière politique se liguent dans une protestation commune et dans une défense énergique de leurs droits méconnus.

Le médecin est avant tout un libéral. Habitué de par son éducation professionnelle à observer la dépendance et la relativité des phénomènes, les causes de doute et d'erreur, il embrasse malaisément des idées absolues et fermées, sait que les doctrines les plus lumineuses ont leurs coins d'ombre, que les idées les plus utopiques renferment leur part de vérité. Il examine, comprend, ne s'emporte pas. Au-dessus des questions de croyances et d'opinions qui le peuvent séparer de ses confrères, une idée maîtresse, plus haute, un sentiment supérieur l'unit à eux : l'esprit de devoir et l'amour de sa profession.

Dans les associations médicales, dans les syndicats, s'occupe-t-on de la foi politique des adhérents ? Ils sont médecins. Cela suffit. Groupés dans une union compacte pour la sauvegarde de leurs intérêts solidaires, ils s'inquiètent peu de leurs opinions politiques respectives. Et cette entente décidée et ferme domine toutes les questions de dogme et de foi.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic gynécologique, organes génitaux et mamelle, par le Dr Clado, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu. Un vol. in-18 de 840 p. avec 109 fig. 6 francs.

L'ouvrage de M. Clado est un bon exposé clinique des maladies de femmes. Le diagnostic y est discuté avec soin et de nombreuses figures originales facilitent la compréhension du texte. Etudiants et praticiens trouveront profit à la lecture de ce volume.

Dysenterie aiguë et chronique, par A. Galliot. Encyclopédie des aide-mémoire Léauté. Masson, édit.

Bonne étude sur la dysenterie, ses causes et ses lésions. La symptomatologie et le traitement ne figurent pas dans ce volume.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Rhumatisme et érythème tuberculeux

Par le Dr H. de Brun
Professeur à la faculté de médecine de Beyrouth

Il n'est pas rare que les tuberculeux présentent, plus ou moins longtemps avant l'apparition de phénomènes stéthoscopiques permettant d'affirmer ou même de soupçonner l'existence de lésions pulmonaires, des signes qui traduisent l'altération de l'économie par les toxines solubles résultant des sécrétions bacillaires.

La fièvre pré-tuberculeuse affectant soit le type intermittent (fièvre pseudo-paludéenne) soit le type continu (typho-bacillose pré-tuberculeuse, de Landouzy), l'albuminurie pré-tuberculeuse si bien décrite par Teissier, sont des manifestations trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister.

J'ai moi-même, le premier je pense, attiré l'attention sur les phlébites précoces survenant avant toute manifestation thoracique (1).

Plus récemment (23 juillet 1901), Poncet, dans une intéressante communication à l'Académie de médecine, a publié trois observations de rhumatisme tuberculeux ou plutôt de pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, mettant en lumière une modalité réactionnelle spéciale des synoviales articulaires en présence soit du bacille de Koch soit des toxines qu'il secrète ; quelques mois plus tard (novembre 1901) Egmann, un des élèves du maître lyonnais, réunissait dans une thèse déjà très documentée, résumant l'état de nos connaissances sur ce point, 16 observations très concluantes qui démontrent que souvent les arthropathies de la bacillose sont pré-tuberculeuses ; enfin tout nouvellement (15 juillet 1902) Poncet, dans une nouvelle communication à l'Académie de médecine a signalé diverses localisations abarticulaires du rhumatisme tuberculeux (endocardite, méningite, péritonite, dermatoses, etc.).

La question est donc à l'ordre du jour ; et comme les modalités cliniques du rhumatisme tuberculeux sont loin d'être toujours superposables, je ne crois pas sans intérêt le fait suivant que je rapporte d'après les notes prises sous ma direction par mon élève Michel Kayat.

Dans les derniers jours de février, entrait dans mon service à l'hôpital français de Beyrouth une jeune femme de 18 ans, se plaignant de vives douleurs articulaires. Ces douleurs occupent toutes les articulations des membres. C'est au niveau des doigts, des orteils et des poignets qu'elles présentent leur maximum d'intensité. Les articulations des doigts sont tuméfiées ; et la malade, à cause de la tuméfaction et de la douleur ne peut fermer la main, et tient en permanence ses doigts dans une demi flexion. Les poignets, très douloureux, sont le siège d'un léger œdème inflammatoire, surtout prononcé du côté gauche. Les coudes, à demi-fléchis, ne peuvent s'étendre complètement qu'au prix d'assez vives souffrances. Mêmes phénomènes, un peu moins accusés, au niveau des articulations des membres inférieurs. Les mouvements, la percussion, la pression, même légère, au niveau des articulations atteintes, sont très douloureux. Les douleurs spontanées elles-mêmes sont constantes, et parfois assez vives pour empêcher le sommeil ou réveiller la malade quand elle est endormie.

La maladie a débuté dans le courant du mois d'août à la façon d'un rhumatisme articulaire aigu, s'accompagnant d'une fièvre à forte exacerbation vespérale suivie de transpiration, avec notable rémission matinale, et d'une éruption spéciale sur laquelle je reviendrai plus tard. Cette première poussée dura une quinzaine de jours, après quoi la malade put se lever, et, bientôt après, reprendre son travail dans une filature.

Dans la seconde quinzaine d'octobre, sans cause appréciable, nouvelle poussée identique à la première, avec cette différence cependant que cette fois, les manifestations articulaires, rebelles à tout traitement, semblent, malgré leur acuité, avoir la tenacité d'un rhumatisme chronique, persistent sans modification notable pendant plusieurs mois, et conduisent, en fin de compte, la malade à l'hôpital. Ce n'est pas tout, la fièvre, au cours de cette seconde poussée ne tarde pas à prendre nettement les allures d'une fièvre hectique. A peu près nulle dans la matinée, elle s'élevait avec rapidité le soir, portant la température aux chiffres élevés de 40° à 40°,5 et se terminant dans la nuit par des transpirations profuses principalement localisées à la poitrine, au cou et au front.

C'est dans ces conditions, c'est avec cette fièvre hectique, c'est avec cette polyarthrite que la malade (dont le père était mort de phtisie laryngée et dont j'avais, il y a sept ans, soigné un frère pour une péritonite tuberculeuse), entra dans mon service. Son amaigrissement, sa tachycardie, la nature de sa fièvre, son aménorrhée datant du début des douleurs articulaires dirigèrent de suite mon attention du côté de la poitrine. L'examen révéla une altération des deux sommets, plus accusée à gauche, caractérisée par de la submatité dans les fosses sus-épineuses avec exagération des vibrations thoraciques, bronchophonie et quelques légers râles sous-crépitants. Au reste la malade toussait fort peu et ne crachait presque pas.

(1) De Brun. Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. *Th. de Paris*, 1884, p. 87 et 88.

Digitized by Google

Pendant tout son séjour à l'hôpital les arthropathies persistèrent avec la même intensité en dépit de tous les traitements employés. Le salicylate de soude administré à la dose de 6 grammes par jour ne provoqua aucune amélioration. L'acide salicylique que j'administrai pour combattre la fièvre, calma sensiblement les douleurs pendant trois ou quatre jours mais se montra ensuite inefficace. L'antipyrine, la propylamine, la poudre de Dower, la quinine, etc., ne donnèrent aucun résultat, pas plus que les applications locales parmi lesquelles je citerai les onctions d'une pommade au gaïacol avec enveloppement ouaté. Résistant à tout, très peu mobiles, les douleurs, avec de très légères alternatives d'amélioration et d'aggravation survenues plutôt spontanément que par le fait de la thérapeutique, s'accompagnant parfois pendant plusieurs jours d'un certain degré d'épanchement articulaire au niveau du genou, persistèrent pendant tout le séjour de la malade à l'hôpital ; et, lorsqu'elle sortit, dans les premiers jours d'avril, les articulations étaient aussi tuméfiées et aussi douloureuses qu'à son entrée.

L'état général s'était cependant notablement amélioré. La créosote et surtout les injections sous-cutanées de cacodylate de soude avaient eu l'heureux résultat d'abaisser la fièvre vespérale, de lui faire perdre en partie son caractère d'hecticité, de supprimer ou plutôt d'atténuer les transpirations nocturnes, et enfin d'améliorer notablement les lésions pulmonaires.

En résumé, chez notre malade le pseudo-rhumatisme articulaire a été, du commencement à la fin, le syndrome capital, celui dont la malade s'est plainte à l'exclusion de tout autre, puisque la toux et l'expectoration, malgré l'existence de lésions très nettes aux deux sommets, étaient à peu près insignifiantes. Cette polyarthrite, rebelle à tout traitement et en particulier au salicylate de soude, semble vouloir persister indéfiniment. Survenant chez une jeune femme à antécédents héréditaires fortement chargés, exprimant un des modes relativement rares, il est vrai, mais incontestable cependant de l'infection tuberculeuse, il s'est, dès le début, accompagné d'un ensemble de manifestations dont l'importance ne saurait faire aucun doute. L'aménorrhée, la fièvre vespérale réfractaire à la quinine avec abondantes transpirations nocturnes, la tachycardie, l'amaigrissement ont donné à ce pseudo-rhumatisme un caractère spécial, et nous seraient, s'il était nécessaire, autant de preuves en faveur de son origine bacillaire.

***

A ces phénomènes infectieux s'en ajoutait un autre qui, pour être plus rare, n'en a pas moins, à mon avis, encadré comme il l'était par le cortège des autres symptômes toxémiques incontestablement spécifiques, une valeur d'autant plus grande que j'ai eu, à diverses reprises, l'occasion de l'observer dans des conditions analogues.

Je veux parler d'une éruption spéciale que je me suis contenté de signaler en passant, dans l'observation précédente, et qui mérite une description plus détaillée.

Chaque après-midi, au moment où la fièvre battait son plein, la jeune malade présentait un érythème généralisé à la presque totalité du corps, d'un rouge vif, un peu variable, du reste, dans l'intensité de sa teinte suivant l'élévation de la température. Cet érythème ne s'accompagnait ni de prurit, ni de picotements, mais d'une sensation de chaleur non pénible, très nette cependant, répondant à une réelle élévation de température locale. Il était constitué par des taches de grandeur différente, les unes ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, les autres de la moitié de la paume de la main. Ces taches ne présentaient aucune trace d'élevure et disparaissaient momentanément sous la pression du doigt. D'une teinte uniforme, elles étaient limitées par un bord assez visible et tranchaient ainsi nettement sur les parties saines. Isolées sur certains points, elles se réunissaient sur certains autres en nombre variable, 5, 10, près de 20 parfois, surtout abondantes au niveau des grandes articulations.

Elle présentaient du reste des dispositions différentes sur les diverses parties du corps.

Sur la face, s'observait, s'étalant sur chaque joue, une large plaque triangulaire dont le sommet répondait à l'angle interne de l'œil.

Sur le thorax, grandes taches multiples, irrégulières, festonnées, en carte de géographie.

Sur les bras et les avant-bras, surtout dans les régions des coudes et des poignets, grandes traînées parallèles à l'axe du membre semblant résulter d'un grattage récent. Sur la face antéro-externe des bras, plaques capricieusement enchevêtrées.

Sur la face antérieure des cuisses, larges rubans irréguliers et irrégulièrement parallèles.

Cet érythème avait débuté il y a six mois, en même temps que les autres manifestations toxi-bacillaires. Disparaissant pendant les six semaines de santé en apparence parfaite qui séparèrent de la première la seconde et définitive attaque de pseudo-rhumatisme, il reparut avec les arthropathies et la fièvre, issu d'une pathogénie commune, faisant en quelque sorte partie d'un même processus. Et depuis cette époque, chaque soir, à la même heure, avec une régularité quasi-chronométrique, nous pûmes assister au rapide développement des mêmes rougeurs qui disparais-

Digitized by Google

saient peu à peu dans la nuit comme emportées par l'abondance des transpirations. La quinine à haute dose administrée dans la matinée n'eut pas plus de prise sur l'éruption que sur la fièvre qu'elle accompagnait ; les injections sous-cutanées de cacodylate de soude qui améliorèrent considérablement et les lésions pulmonaires, et l'état général, eurent plus de succès et parvinrent à modérer les accès au point d'abaisser jusqu'aux environs de 38° la température maximum qui dépassait auparavant tous les soirs 40°. L'éruption pâlit alors notablement et s'effaça presque pendant la seconde quinzaine de mars, reparaissant toutefois avec son intensité primitive tous les 4 ou 5 jours quand par hasard la fièvre, en dépit du traitement, subissait une passagère exacerbation.

En plus de l'érythème précédent et se distinguant nettement de lui par sa couleur, sa disposition et sa localisation, on observait, si l'on faisait lever la malade, et surtout si on la faisait marcher, une coloration diffuse occupant les pieds, les jambes et la partie inférieure des cuisses, coloration d'une teinte violette extrêmement prononcée particulièrement au niveau des genoux et plus encore au niveau des plaques érythémateuses précédemment décrites, véritable teinte cyanotique assez analogue, bien que beaucoup plus intense, à celle qu'on observe en hiver sur la face dorsale des mains de certains jeunes strumeux. Cette coloration, qui s'effaçait sous la pression du doigt pour reparaître ensuite avec une grande lenteur, ne se manifestait qu'au moment des accès de fièvre. et à la condition, je le répète, qu'on fît marcher la malade pendant quelque temps. Dans la matinée, alors même que la jeune fille restait debout plusieurs heures, la teinte ne se produisait pas.

Quoiqu'il en soit de cette seconde manifestation éruptive surajoutée en quelque sorte à la première, je n'aurais peut être pas attaché à l'érythème précédent une grande importance, si quelques jours après que la malade eut quitté l'hôpital, je n'avais observé dans mon service un autre cas dans une certaine mesure comparable au sien.

Il s'agit d'un soldat de la flotte française, âgé de 22 ans, atteint d'une tubereulose à marche rapide, et présentant, bien que l'affection n'ait apparemment débuté que depuis 5 à 6 mois, une infiltration occupant la presque totalité du poumon gauche et plus de la moitié supérieure du poumon droit. Fièvre vive élevant le soir la température entre 39 et 40°, transpiration nocturne abondante, rémission matinale incomplète. Amaigrissement considérable. Dans le courant de février, accidents méningitiques (céphalalgie intense, vomissements, constipation, délire, strabisme, subcoma), qui, au bout de quelques jours s'amendèrent et finirent par disparaître après l'application plusieurs fois répétée de sangsues aux apophyses mastoïdes et l'administration du calomel plusieurs jours de suite.

Dans la première quinzaine de mai, on m'informe que depuis une semaine, le malade, de suite après son repas de midi, présente sur le visage des rougeurs extrêmement vives qui durent 4 ou 5 heures et disparaissent ensuite complètement. Je m'empresse de revenir à l'heure voulue et constate ce qui suit :

Le visage du malade est presque entièrement recouvert par quatre grandes plaques d'un rouge framboisé à bords nets, tranchant d'autant plus vivement sur les parties qui ont échappé à la coloration que celles ci ont conservé la teinte très pâle qu'elles ont habituellement. Deux plaques symétriques recouvrent toute l'étendue des bosses frontales, laissant entre elles, sur le prolongement du nez un intervalle assez exactement rectiligne ayant la largeur du doigt. Sur chaque joue s'étale une grande tache de même couleur, assez irrégulièrement elliptique, dont le grand axe s'étend de l'angle de la mâchoire à la racine du nez, tache limitée en avant par le pli nasolabial, et en arrière par la base du tragus et le bord postérieur de la mâchoire. Sur le menton laissé libre par les deux plaques des joues, deux ou trois petites macules ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Enfin, au niveau du cou, large plaque occupant, en arrière, tout l'espace qui sépare l'occiput des épaules. Pas de démangeaisons ; simple sensation de chaleur au niveau du visage. Rien sur le reste du corps. J'ajouterai que la quinine, mal supportée par le malade ne fit, comme le vin de quinquina du reste, qu'exagérer l'éruption qui encore maintenant (22 mai), se reproduit chaque jour avec une rigoureuse exactitude.

Les deux observations précédentes mentionnent des faits incontestablement rares, mais qui ne le sont peut-être pas autant qu'on pourrait le supposer. J'ai eu à plusieurs reprises l'occasion d'observer des cas ayant une grande analogie avec ceux que je viens de décrire. On sait, du reste, avec quelle facilité rougit la peau des tuberculeux fébricitants. La rougeur des pommettes au moment de leurs accès fébriles est un fait d'observation courante, et il n'est pas absolument exceptionnel de voir les bosses frontales, les coudes, les genoux, les régions malléolaires, en un mot tous les points au niveau desquels la peau est tendue sur un plan osseux sous-jacent, prendre à ce moment une teinte rose ou rouge d'autant plus frappante qne le reste du tégument est plus pâle.

Il semble que l'intoxication bacillaire ait parmi tant d'autres caractéristiques celle de modifier profondément l'état de la circulation et de la sécrétion cutanées. On connaît la valeur des abondantes transpirations nocturnes et de celles qui souvent surviennent le jour dès que le malade s'endort. Les

Digitized by Google

troubles circulatoires, pour être moins frappants n'en sont pas moins dignes de fixer l'attention. Ils donnent à la fièvre intermittente bacillaire un caractère distinctif que ne possède pas au même degré la fièvre paludéenne, et peuvent dans certains cas, comme chez nos deux sujets, provoquant l'apparition d'accidents toxidermiques plus saisissants, déterminer de véritables érythèmes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la pneumonie par l'ergotine

par le Dr Schoull, *médecin de l'Hôpital de Tunis*

Le traitement de la pneumonie par l'ergotine n'est pas nouveau pour moi. Il y a une vingtaine d'années, alors que j'habitais Massevaux, dans la Haute-Alsace, je fus appelé auprès d'une femme âgée qui était atteinte de pneumonie. J'employai les remèdes usités en pareil cas et surtout les antimoniaux : kermès, oxyde blanc d'antimoine, mais sans succès. Les phénomènes stéthoscopiques ne se modifiaient pas et l'état général devenait mauvais. J'essayai alors l'ergotine en désespoir de cause. Le lendemain, je fus très étonné de voir ma malade beaucoup mieux. Les symptômes thoraciques avaient tout à fait changé; la malade respirait mieux. Ce mieux continua les jours suivants et ma cliente ne tarda pas à entrer en convalescence.

Au mois de novembre 1900, entrait à l'hôpital de Cernay un Italien, maçon de profession, envoyé sous la rubrique : bronchite avec symptômes typhoïdes. Ayant examiné attentivement le malade, je trouvai, à gauche, en arrière, au lobe inférieur du poumon, un souffle tubaire très accentué, accompagné de râles crépitants et sous-crépitants. Le crachoir du malade était rempli de crachats pneumoniques caractéristiques. Il n'était donc pas difficile de diagnostiquer la maladie. Je prescrivis une potion avec 2 grammes d'ergotine, à prendre toutes les deux heures une cuillerée à soupe.

Le lendemain, à la visite, le souffle tubaire n'existait presque plus. Le malade respirait mieux et était plus à lui.

La potion fut continuée, le mieux s'accentua davantage, les symptômes thoraciques se modifièrent; on n'entendit plus à l'auscultation que des râles à grosses bulles qui persistèrent assez longtemps et finirent par disparaître par l'administration d'une potion au benzoate de soude avec un peu d'opium. Enfin le malade se rétablit au point qu'il put, dix jours après son entrée, retourner en Italie avec la caravane qui emporte, à chaque automne, ses compatriotes.

A ces quelques données je joindrai la relation de quelques observations qui montreront combien l'action de l'ergotine est efficace dans la pneumonie et même dans la broncho-pneumonie.

Obs. I. — *Pneumonie.* — Le 11 février 1901 je suis appelé dans l'après-midi chez la femme Birg..., habitant Uffholtz, à un kilomètre de ma résidence. Cette femme âgée de 66 ans, de constitution sèche, pâle, a été atteinte pendant l'année 1900 d'une légère bronchite dont elle a été vite remise. La veille elle a été prise de frisson avec céphalalgie, point de côté à gauche. Je la trouve alitée. Peau chaude. Pouls fréquent. Temp. 38°, 8. Langue blanche, anorexie. Soif. La percussion ne donne aucun signe particulier. Matité nulle part. A l'auscultation, respiration pénible à gauche; cependant on ne distingue pas de râles, ni crépitants, ni sibilants. Crachats nuls. A droite respiration normale. Les selles étant rares, on l'avait purgée la veille avec une infusion de feuilles de séné. Bien que les symptômes soient négatifs, je crois cependant pouvoir porter le diagnostic de pneumonie, et je prescris la potion suivante : acétate d'ammoniaque 5,00; liqueur d'Hoffmann 2,00; véhicule 170,00 : à prendre d'heure en heure par cuillerées à bouche. Bouillon. Lait. Eau sucrée avec kirsch.

12 février. — L'état général est le même; cependant la peau est plus fraîche. La malade n'a pas transpiré, et a peu dormi. Céphalalgie à droite. L'auscultation révèle à gauche, au niveau de l'omoplate, du râle crépitant. Le point de côté n'a pas disparu. Crachats nuls. Les symptômes stéthoscopiques confirment mon diagnostic de pneumonie. Pas de selles. Urines chargées. Je prescris alors une potion avec ergotine 1,50; véhicule 170,00 : à prendre toutes les deux heures une cuillerée à soupe. Cataplasme sur le point de côté. La langue qui est restée blanche sera nettoyée avec de l'eau vinaigrée. Le reste *ut suprà.*

13 février. — La malade se plaint beaucoup; le point de côté a changé de place et s'est porté sous l'omoplate gauche. La céphalalgie persiste. Pouls très fréquent. Temp. 40°,3. L'auscultation révèle toujours des râles crépitants à gauche. Expectoration nulle. L'état général n'a pas changé. Je fais continuer la potion à l'ergotine. Je prescris, en même temps, des enveloppements du thorax et de l'abdomen dans des linges trempés dans de la décoction de fleurs de foin et recouverts d'une flanelle; ou, à leur défaut, lavages toutes les trois heures avec de l'eau vinaigrée tiède. Le reste *ut suprà.*

14 février. — La malade a beaucoup transpiré, grâce à son enveloppement. Elle respire très facilement. Langue moins chargée. Pouls moins fréquent. Temp. 37° à 4 heures du soir. Pas de selles; urines encore chargées. Une large phlyctène s'est montrée près de l'omoplate droite; vers la colonne vertébrale et fait beaucoup souffrir la malade. Elle est ouverte et pansée avec de la vaseline boriquée. La céphalalgie a disparu. L'auscultation révèle à gauche, au-dessous de l'épine de l'omoplate, du râle crépitant manifeste. La malade peut rester, sans inconvénient, assise assez longtemps dans son lit; ce qu'elle ne pouvait faire les jours précédents. Elle dort un peu. Seconde potion d'ergotine. Lait, bouillon, eau vineuse, eau-de-vie dans de l'eau sucrée, fruits cuits.

15 février. — La malade va beaucoup mieux. Langue moins chargée. Pouls normal. Temp. 37°. Ne tousse presque pas. Crachats nuls. L'auscultation ne révèle que quelques râles sous-crépitants, disséminés. Respiration bien plus nette. Pas d'appétit; peu de soif. A bien dormi. Je cesse le médicament. Potages, œufs, eau vineuse, compote de pommes.

Digitized by Google

18 février. — Je vais voir la malade qui est en pleine convalescence. La température extérieure qui est très froide, car il neige abondamment, empêche la malade de se lever ; elle préfère rester au lit.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle ont disparu les phénomènes stéthoscopiques et la fièvre. Le 10 février cette femme tombe malade. Le 11, elle présente les symptômes énumérés plus haut, avec une temp. de 38°,8. Le 13, la temp. atteint 40°,3. Le 14, elle tombe à 37° et le 15, elle reste au même point. Il faut certainement admettre que l'ergotine a joué ici son rôle, en modifiant tous les symptômes pectoraux et la fièvre ; car je ne crois pas que l'on puisse attribuer à un seul enveloppement la chute de la fièvre en 24 heures, chute qui se maintient les jours suivants.

Ainsi en 5 jours, une pneumonie qui s'annonçait comme devoir être grave, a pu, si je puis dire le mot, être en quelque sorte jugulée.

Grisolle, dans son *Traité de la pneumonie*, dit que cette maladie « se juge presque toujours dans le cours du second septénaire. C'est exceptionnellement qu'elle se termine avant la révolution du premier ». Trousseau, dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, dit aussi que la guérison a lieu du neuvième au onzième jour.

Obs. II. — Le 13 février 1901 je suis appelé chez la demoiselle J. Marie, âgée de 38 ans, demeurant à Uffholtz, à un kilomètre de ma résidence. Cette fille est malade depuis le 8 février. Etant à l'église, elle s'y est trouvée mal. Pensant que son malaise se dissiperait tout seul, elle n'a rien fait de particulier. Au moment de ma visite, elle se plaint de céphalalgie, point de côté gauche, soif, anorexie. Langue chargée. Elle tousse peu et ne crache pas. La percussion ne donne pas de résultat. A l'auscultation, à gauche, respiration gênée, mais aucun râle particulier. Pouls fréquent, assez fort. La malade est levée, mais très faible. Bien que les symptômes soient négatifs, je prévois une pneumonie que, le lendemain, je pourrai percevoir d'une façon plus nette. De toute façon je prescris une potion, avec :

Acétate d'ammoniaque.....	5,00
Liqueur d'Hoffmann.....	2,00
Véhicule.....	170,00

à prendre d'heure en heure, 1 cuillerée à soupe. Cataplasme sur le point de côté. Lait. Bouillon.

14 février. — La malade est alitée ; même état que la veille. Pouls fréquent. Temp. 39°,7. Langue chargée, anorexie. Soif. A l'auscultation, on entend distinctement des râles crépitants au niveau de l'omoplate gauche. Le point de côté a diminué.

Je prescris une potion avec : ergotine 1,50 ; véhicule 170,00, toutes les 2 heures une cuillerée à soupe. Lavages de tout le corps, toutes les 3 heures, avec de l'eau vinaigrée tiède. Cataplasmes sur le point de côté. Lait, bouillon. Eau sucrée avec du kirsch.

15 février. — La malade va beaucoup mieux ; elle respire plus facilement. Le point de côté à gauche a diminué. Nuit sans sommeil. Pouls normal. Temp. 36°,3. Langue un peu chargée, un peu de diarrhée. Râles sous-crépitants et sibilants assez abondants à gauche ; pas de râles crépitants. Bien que la température ait baissé, je fais continuer l'ergotine, mais de loin en loin. Le reste *ut suprà*.

16 février. — La malade a un peu dormi ; la diarrhée persiste. Pouls normal. Temp. 35°,7. Râles humides et sibilants à gauche ; quelques râles sibilants à droite. Langue plus nette.

18 février. — La malade va beaucoup mieux. Pouls normal. Je ne prends pas la température, n'en voyant pas la nécessité. L'auscultation ne révèle que quelques râles muqueux dans les deux côtés de la poitrine, en arrière. La malade achèvera sa potion à l'ergotine et on cessera toute médication.

En résumé, cette fille est tombée malade le 8 février, et ce n'est que le 13 qu'elle a demandé l'assistance du médecin. A ce moment tous les symptômes thoraciques étaient négatifs, et ce n'est que le 14 que l'on entend distinctement les râles crépitants. Ce n'est donc qu'au bout du sixième jour que la maladie s'est déclarée définitivement. Ce jour-là, la temp. était de 39°,7. Le 15 février, cette temp. tombe à 36°,3, en même temps que les râles crépitants sont remplacés par des râles sibilants et sous-crépitants.

Le 16, la temp. se trouve à 35°,7, et il n'y a plus que quelques râles humides. On pourrait très bien objecter que la maladie était à son déclin quand le médecin a été appelé. Mais cette objection n'a plus de valeur puisque, au moment de la visite, il n'y avait que des symptômes négatifs, et que les phénomènes stéthoscopiques ne se sont montrés que le lendemain, c'est-à-dire le sixième jour. Or, ce jour-là, la temp. était très élevée (39°,7). Le lendemain la scène avait changé ; la temp. était tombée à 36°,3, puis le surlendemain à 35°,7, en même temps que l'auscultation révélait une modification dans les râles qui étaient devenus humides. En 48 heures, la malade est entrée en convalescence.

Obs. III. — *Broncho-pneumonie.* — Le 29 mars 1901 je suis consulté pour une jeune fille de fabrique, Cl... Ernestine, 16 ans, qui se plaint d'être enrhumée. C'est par une commissionnaire que la chose m'est rapportée. Comme cette jeune fille continue à travailler, je lui prescris une potion avec : benzoate de soude 3,00 et extrait d'opium 0,10.

1er avril. — Je vais aujourd'hui voir la malade qui habite Steinbach, à 2 kilomètres de ma résidence. Je la trouve alitée et en train de transpirer. Son mal avait tellement empiré, que le 30 elle avait été obligée de se coucher ; cependant, on ne m'avait pas prévenu de l'aggravation de la maladie. Aujourd'hui, je la trouve abattue, avec un pouls à 112. Une temp. de 38°. Resp. 60°.

A l'auscultation, on entend un mélange de râles crépitants et sous-crépitants, mais rien de net, comme cela arrive dans la grippe. Pas de point de côté. Crachats blancs un peu teintés de sang. Vu le jeune âge de la malade, je prescris 1 gr. d'ergotine dans une potion, à prendre toutes les 2 heures une cuillerée à soupe. Tisane pectorale. Lait et bouillon.

2 avril. — La malade a peu dormi. Elle se plaint d'une douleur dans l'aisselle droite, mais ce n'est pas un point de côté.

A l'auscultation, râles muqueux abondants dans tout le thorax, mêlés à des râles crépitants. Elle a encore eu des crachats sanguinolents. Langue chargée, soif, anorexie, selle provoquée, urines rares et foncées en couleur. Temp. 37°,1. Pouls 116. Resp. 44. La malade a eu ses époques hier dans la journée. Je n'en fais pas

Digitized by Google

moins continuer la potion d'ergotine dont la moitié seulement a été prise. Cataplasme sur le côté douloureux. Le reste *ut suprà*.

3 avril. — La malade tousse beaucoup pendant la nuit; elle dort pendant le jour. La douleur de l'aisselle a disparu. A l'auscultation attentive, on entend toujours des râles sous-crépitants et de temps à autre des râles crépitants. Crachats blancs. Langue chargée, anorexie, soif. Temp. 37°,8. Pouls 116. Resp. 60. Les époques ont cessé de couler; elles ne durent habituellement qu'un ou deux jours. On ne peut à ce sujet obtenir de la malade aucun renseignement; elle se renferme dans un mutisme complet.

La potion étant achevée, je la fais renouveler et je prescris de la donner par 2 cuillerées à la fois toutes les 3 heures, pensant qu'à dose plus massive elle agira plus vite.

4 avril. — La malade a passé une meilleure nuit; elle ne se plaint plus de son côté. Tousse encore beaucoup. A l'auscultation, mélange de râles crépitants et sous-crépitants, mais moins nombreux. Langue encore chargée, soif moins vive; pas d'appétit, selles normales, urines moins foncées. Temp. 37°,6. Pouls 100. Je donne une troisième potion d'ergotine à prendre comme la précédente. Le reste *ut suprà*.

5 avril. — La malade va beaucoup mieux; elle a été levée aujourd'hui. Elle tousse encore. Râles sibilants et muqueux disséminés. L'appétit revient. Temp. 36°,4. Pouls 80. Je fais achever la potion à l'ergotine et je donne une autre potion à l'acétate d'ammoniaque 5,00, comme expectorante. Langue nette, selles naturelles, urines moins foncées. La malade commence à s'alimenter.

8 avril. — La malade est levée; encore un peu de râles ronflants. Va du reste beaucoup mieux, je lui prescris du vin de Kola.

Ainsi, en cinq jours, la malade a vu disparaître les râles crépitants qui indiquaient la présence d'une pneumonie; les râles sous-crépitants et ronflants ont continué à se faire entendre encore pendant quelques jours; mais alors l'état de la malade s'était considérablement amélioré.

Obs. IV. — *Broncho-pneumonie.* — Le 29 mars 1901 on m'appelle à Steinbach, à 2 kilomètres de chez moi, pour une femme de 64 ans, la femme Bail..., qui se sent mal en train depuis l'avant-veille. Le 28 elle a été prise de douleurs de tête, de frissons, de chaleur. Elle se plaint d'un point de côté à gauche. Respiration difficile. Elle tousse passablement, mais sans cracher. L'examen de la poitrine indique, à la percussion, de la submatité à gauche, rien à droite. A l'auscultation en arrière, on perçoit que l'air ne pénètre pas bien dans les vésicules pulmonaires, et cependant il est difficile d'entendre le moindre râle crépitant ou sous-crépitant. En avant, rien de particulier. Langue chargée, brunâtre au milieu. Soif, anorexie. Temp. 38°. Pouls 104. Resp. 44. Constipation. Urines rares et rouges. Bien que l'auscultation ne révèle pas de signes positifs de pneumonie, je prescris une potion de 1,50 d'ergotine, à prendre de 2 en 2 heures. Lait, bouillon.

30 mars. — L'état de la malade ne s'est pas modifié. Elle n'a pas dormi. Le point de côté persiste. A l'auscultation, on entend par-ci par-là, en arrière, un mélange de râles crépitants et sous-crépitants, mais rien de bien distinct. Temp. 39°,4. Pouls 116. Resp. 44. Constipation. Urines rouges et rares. Je prescris des ventouses sèches et en même temps la malade continuera sa potion d'ergotine, 2 cuillerées à soupe toutes les 3 heures. Le reste *ut suprà*.

31 mars. — La malade va beaucoup mieux. Elle est assise dans son lit. La peau qui était toujours très chaude est plus fraîche. La respiration est plus facile : 32 au lieu de 44. Temp. 37°,1. Pouls 96. A l'auscultation, on entend plus distinctement le mélange de râles crépitants et sous-crépitants. La malade crache maintenant; ses crachats sont muqueux nageant dans une sérosité claire. Selles naturelles. Urines rouges. Hier vomissements bilieux, ainsi que ce matin. Toutefois, elle se trouve si bien qu'elle veut se lever, ce que je défends. Elle achèvera sa potion d'ergotine. Le reste *ut suprà*.

1er avril. — La journée du 31 mars a été mauvaise, ce que ne présageait pas l'état que j'avais constaté le matin. Le point de côté était revenu, ainsi que la fièvre et l'agitation. On lui appliqua des cataplasmes de pommes de terre cuites; elle eut de la transpiration, ce qui amena un soulagement marqué. Ce matin à la visite, le mieux est très sensible. La peau est fraîche; les joues sont encore colorées, mais ce n'est plus ce que c'était hier au soir. Temp. 36°,8. Pouls 88. Resp. 28. A l'auscultation, plus rien à droite; mais à gauche et en arrière mélange de râles crépitants et sous-crépitants, surtout quand on fait tousser la malade. Continuation de la potion à l'ergotine; la malade en a pris jusqu'à présent 4 gr. 50. Badigeonnages iodés en arrière du thorax.

2 avril. — La malade va beaucoup mieux. Elle a pu se lever. Le point de côté a disparu. La toux est presque nulle. A l'auscultation, on n'entend plus aucun râle. Temp. 36°,5. Pouls 80. Resp. 28. Je cesse le traitement.

Cette femme, de faible constitution, est malade, pour ainsi dire, tous les ans, au printemps. Elle a toujours la respiration courte, ces qui, chez elle, est héréditaire, car sa mère souffrait de même. C'est toujours l'arbre respiratoire qui est affecté dans chacune de ses maladies ; aussi, à chaque imprudence qu'elle commet, elle se met à tousser et se trouve prise du côté des bronches. Du 29 mars au 1er avril inclusivement, elle a pu être guérie de sa broncho-pneumonie, et c'est l'ergotine qui a fait tous les frais de la guérison.

Obs. V. — *Pneumonie.* — 2 septembre 1901. — Fern..., 68 ans, employé au gaz, habituellement de bonne santé, me fait appeler le 2 septembre 1901, dans l'après-midi. Il me raconte que dans la nuit du 1er au 2 septembre, ayant été occupé à éteindre les becs de gaz, il était rentré chez lui à 11 heures du soir, sans rien éprouver. A minuit il est pris d'un point de côté à gauche, avec céphalalgie et frissons. Il a vomi le matin, respire difficilement et tousse. Il attribue cet état à un refroidissement. Peau chaude. Pouls fréquent, plein. A l'auscultation on n'entend pas de râles; mais la respiration est gênée. Langue limoneuse, anorexie, soif. Selle le matin, urines chargées. Je demande qu'on recueille les crachats pour que je puisse les examiner. Je fais appliquer sur le côté un cataplasme de pommes de terre cuites et écrasées. Je prescris une potion avec acétate d'ammoniaque 5,00; liqueur d'Hoffmann 2,00. A prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure. Bouillon.

3 septembre. — Le matin à 7 heures, je vais voir le malade qui a passé une mauvaise nuit. Le point de côté a un peu diminué,

Digitized by Google

mais il se plaint de douleurs lombaires. Temp. 38°,5. Pouls à 100. Crachats rouges, assez diffluents, non spumeux. A l'auscultation, râles sous-crépitants, très abondants, dans toute l'étendue de la poitrine, crépitants à droite et à la base du poumon. Un peu de diarrhée. Urines foncées. Je fais achever la potion précédente et je prescris une autre potion avec ergotine 3,00; eau d'anis 150,00; sirop de tolu 20,00. A prendre par cuillerées à soupe toutes les 2 heures. Bouillon de viande, de crème, tisane pectorale avec un peu d'eau-de-vie. Le soir à 4 heures, le malade respire difficilement; on entend à distance les râles; les bronches sont encombrées de mucosités. Langue chargée. Soif. Urines foncées, selle diarrhéique depuis ce matin. Le point de côté existe encore; ainsi que les douleurs lombaires. Pouls très irrégulier à 120. L'auscultation du cœur révèle la même irrégularité, mais pas de lésion organique. Temp, 38°. L'auscultation de la poitrine fait percevoir, comme ce matin, une grande quantité de râles sous-crépitants. On n'entend plus les râles crépitants qui sont cachés par les autres. Le malade n'a pas encore pris de sa potion à l'ergotine. Je la lui fais prendre toutes les heures par cuillerée à soupe. 15 ventouses scarifiées et 15 ventouses sèches en arrière du thorax et à gauche en avant..

4 septembre, 7 h. 1/2 du matin. — Le malade a passé une très bonne nuit, et a dormi. Les douleurs lombaires ont disparu et le point de côté a considérablement diminué. Il respire très bien; les râles muqueux ont disparu. On entend en arrière et à droite à la base, du râle crépitant fin. A gauche le râle crépitant occupe tout le lobe inférieur. Crachats moins rouges, à écume fine. Temp. 37°,4. Pouls très irrégulier à 85. Le tiers de la potion a été pris. Est-ce au remède ou aux ventouses qu'il faut attribuer ce mieux? Je pense que chacun a eu sa bonne part. On continue la potion. Bouillon avec vin. Eau sucrée avec eau-de-vie.— Soir. Temp. 37°,1. Pouls à 100, irrégulier. Va mieux; le râle crépitant a disparu à droite, existe encore à gauche et en arrière. N'a pas craché depuis ce matin.

5 septembre. — Matin. — Temp. 36°,6. N'a pas craché depuis hier. A l'auscultation le râle crépitant a encore diminué à gauche. Langue chargée, pas d'appétit. Soif. Diarrhée. Urines rouges. Le malade achèvera sa potion aujourd'hui.

6 septembre. — On vient me chercher en toute hâte dans l'après-dîner auprès du malade qui éprouve depuis midi de nouvelles douleurs, à droite, en avant et en arrière. A l'auscultation, rien de particulier. Les râles crépitants ne s'entendent qu'un peu à gauche, en arrière et en bas. A droite, quelques râles muqueux à grosses bulles. Pas de selle depuis 24 heures. Urines rouges et abondantes. Langue chargée. Temp. 38°,9. Pouls à 100. Je fais appliquer 15 ventouses dont 6 seront scarifiées, sur le côté droit. Renouveler la potion à l'ergotine,

7 septembre, 8 heures du matin. — Je trouve le malade levé, mais faible: il a beaucoup transpiré la nuit. Ne tousse pas. A l'auscultation on n'entend plus rien. T. 36°,6. Pouls 112, irrégulier. Plus de point de côté, a bien dormi. Potages, œufs, un peu de viande bouillie, eau vineuse. Le malade achèvera peu à peu sa potion.

Du 3 au 6 septembre le malade a été de mieux en mieux. Le 6 seulement il a été repris, sans cause connue, d'un nouveau mouvement fébrile, et cependant les signes stéthoscopiques n'avaient pas changé. Le 7 septembre il était levé. Si j'ai prescrit la seconde potion d'ergotine, c'était plutôt par précaution; la première aurait suffi pour amener la guérison de la pneumonie.

Bien que mes observations soient peu nombreuses je crois cependant que l'on doit regarder l'ergotine comme un médicament de grande valeur dans le traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie. Il serait à désirer que de nouvelles observations fussent faites à ce sujet.

Je n'entreprendrai pas de discuter quel est le mode d'action de l'ergotine. Je laisse ce soin à de plus autorisés que moi. Je constate seulement que les phénomènes stéthoscopiques s'amendent très vite et que la fièvre tombe très rapidement.

N. D. L. R. — L'ergot de seigle préconisé par notre distingué confrère a été surtout employé par les Américains. D'après Wells (de New-York), la pneumonie, grâce à son emploi, avorterait dans la moitié des cas. D'après d'autres, la durée de la maladie serait réduite à 6 ou 7 jours, la défervescence s'opérant un peu plus hâtivement que d'habitude. En 1891, Fiessinger a publié l'histoire d'une cinquantaine de pneumonies traitées par l'ergotine. Il aurait retiré du remède des avantages appréciables. Le plus souvent, il l'associait au sulfate de quinine, pour renforcer ses propriétés vaso-constrictives. Dans un cas, très grave entre autres, une injection sous cutanée d'ergotine a déterminé, par suite du resserrement des vaisseaux, un frisson d'un quart d'heure suivi de sueurs abondantes. La défervescence a apparu en même temps.

Les injections sous-cutanées d'éther et d'ergot avaient amené la guérison chez une jeune fille dont le pouls, très faible, atteignait 140 pulsations (*Bulletin médical*, 1892, page 214 et *La pneumonie à Oyonnax*. Oct. Doin, édit. 1891). Les injections sous-cutanées de caféine (25 centigr. toutes les 4 h.) et d'huile camphrée (2,50/10) sont un adjuvant utile au traitement, ainsi que les lotions d'eau vinaigrée fraîche répétées fréquemment sur tout le corps.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

Le surmenage intellectuel chronique.

Le surmenage intellectuel ressemble à l'alcoolisme. C'est une sorte d'intoxication et cette intoxication, comme celle de l'alcoolisme, est aiguë et se révèle dans l'arrêt de l'effort et le refus mental de suivre et d'aller plus loin; mais elle est aussi chronique, cette intoxication, et aussi inconsciente que celle de l'alcoolisme chronique. Comme l'alcoolisme prolongé, elle aboutit à la dissolution lente de l'énergie intellectuelle, à la paralysie de l'initiative, à une désagrégation progressive de la volonté. Et voilà le mal dont

Digitized by Google

commence à souffrir notre société. L'instruction s'offre et s'étend ; chacun y court; le principe démocratique promettant l'accession de tous à tous les emplois, les ambitions personnelles se gonflent et se disputent à qui aura la palme. On s'assimile les connaissances, mais d'une manière spéciale. Ce n'est plus la disposition et la pente de l'esprit qui en règle l'entrée, c'est la construction des programmes. On n'étudie plus dans le but de meubler son intelligence et de former son caractère, mais en vue de passer des examens. Et cela est lamentable.

Comme le disait récemment M. Dugas, dans la *Revue Philosophique*, la solidité des études et des esprits disparaît. Les programmes multiplient les difficultés, se chargent d'une abondance stérile et de futilités; de plus en plus ils s'adressent à la mémoire, de moins en moins laissent du jour aux aptitudes particulières. Les esprits supérieurs se tirent souvent d'affaire ; dans cet encombrement de connaissances ils démêlent l'essentiel, saisissent les lignes conductrices qui leur permettent de s'orienter sans fatigue et sans charger leur mémoire de notions encombrantes et stériles. Qu'ils aient affaire à des juges équitables et intelligents, il s'en trouve encore, bien que leur nombre se réduise, on leur tiendra compte de l'intelligence qu'ils apportent à traiter le sujet, des vues larges dont ils s'inspirent. Ils arriveront à décrocher la timbale parce qu'ils se seront munis de connaissances bien digérées et en rapport avec les tendances de leur esprit; le succès qui couronnera leur effort se réalisera sans un apport de surmenage concomitant. Il n'en est pas de même des esprits ordinaires. Ceux-ci, timorés, scrupuleux, absorbent tout, ingurgitent tout, se bourrent, se pressent, recommencent. C'est sur ceux-là que le surmenage opère. Ils auraient pu faire des hommes recommandables par la solidité de leur esprit et la probité de leur commerce. Le surmenage les transforme en pauvres machines, phonographes d'érudition et de verbiage — automates craintifs, comprimés, dociles, respectueux de la force, sans caractère — et parce qu'ils sont sans caractère, prêts à toutes les complaisances et à toutes les abdications.

Entre les causes qui préparent la décadence d'une race, l'instruction répandue à outrance, mal adaptée par la stérilité des méthodes et l'uniformité abondante des programmes, à la nourriture et à la capacité des cerveaux, compte certes comme un facteur non négligeable. Cette constatation est pénible. Elle indique que les plus généreux efforts enferment dans les applications qu'ils suscitent, un germe dissolvant qui en réduit la portée. On croit élever une race en pratiquant le gavage général des cerveaux. L'avenir démontrera s'il n'y a pas antinomie entre la culture intérieure et la culture extérieure, si l'instruction ne s'étend pas en surface et en couches superficielles au détriment de la profondeur et de la solidité qu'elle ne devrait pas perdre, si le choix que nous pratiquons de la diffusion trop généreuse et non calculée des connaissances, ne risque pas de conduire lentement une nation à l'amoindrissement de l'intelligence et à l'usure irrémédiable des ressorts intérieurs.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'effet du cactus grandiflora. — Nous ne communiquons ces recherches de M. Zelenski (de Cracovie), non pas comme une nouveauté, mais simplement à titre documentaire, pour prouver que les bons effets obtenus par M. Huchard en France avec le cactus grandiflora se retrouvent aussi à l'étranger. M. Zelenski a obtenu, en particulier, de beaux résultats thérapeutiques dans l'asystolie au cours des lésions des valvules sigmoïdes aortiques, où il n'osait pas donner la digitale de crainte de trop allonger la diastole. Dans les épanchements pleuraux s'accompagnant de faiblesse du pouls et d'abaissement de la tension artérielle, ce médicament a également réussi, de même que dans les pyrexies, où il soutient l'énergie du myocarde et où il active la diurèse. Dans l'asystolie mitrale le cactus ne supporte pas la comparaison avec la digitale qui lui est infiniment supérieure. (*Klin. therap. Wochenschrift.*)

A en croire Zelenski, les doses habituellement ordonnées seraient trop faibles : il faudrait donner au moins 3 fois 30 gouttes de l'extrait fluide, et il a pu pousser cette dose à 125 gouttes, et même jusqu'à 4 fois 85 gouttes (soit 260 gouttes) par jour, et cela pendant un mois. Il n'y a eu aucun effet d'accumulation. La teinture serait 3 fois moins active, et il faudrait prescrire 300 à 700 gouttes, soit 5 à 10 grammes par jour. — Bd.

Sanatorium pour cardiopathes. — Les lecteurs connaissent les résultats que donnent les cures libres des cardiopathies à Bourbon-Lancy, à Evian, à Bourbon-l'Archambault, à Royat, etc., ils savent aussi que les sources de ces stations ne sont pas l'unique facteur thérapeutique, mais que les moyens adjuvants (massages, gymnastique, mécanothérapie), le régime, le repos du corps et de l'esprit, la présence constante d'un médecin capable, jouent un grand rôle. En 1899, le Dr Surmont a montré le rôle bienfaisant de la cure d'air prolongée dans le rétrécissement mitral. (*Congrès de Lille.*)

Des considérations de ce genre ont engagé le Pr Mendelsohn (de Berlin), à réclamer la création de sanatoria pour cardiaques. (*Gesellschaft f. œff. Gesundheitspflege*). Il n'a pas la prétention d'y guérir des lésions indélébiles, mais il veut obtenir la guérison fonctionnelle, précisément par la combinaison de tous les facteurs secondaires ; il ne croit cette combinaison possible que dans des établissements spéciaux. Si le médecin doit agir et non pas parler, s'il doit soigner et non pas conseiller, il lui faut le milieu approprié. Le malade dont le cœur est encore insuffisant, serait soumis au traitement préventif de l'insuffisance; l'hyposystolique y serait soigné et sortirait avec un cœur tonifié. L'un et l'autre emporterait avec lui les notions d'hygiène appliquée, et garderait chez lui les bonnes habitudes contractées dans l'établissement. Tout malade apprendrait encore le bon pronostic des affections du cœur, pronostic si mal connu du public, qui considère la maladie du cœur comme une menace constante d'une mort subite prochaine. Ainsi, l'état moral profiterait, et il est bon de rappeler que le cœur physique est doublé d'un cœur moral. Par l'étude prolongée du cœur physique, le médecin serait mis à même d'en apprécier exactement la vigueur, et chaque sujet connaîtrait ainsi d'une façon précise, le travail qu'il pourrait demander à son cœur sans le surmener.

En somme, Mendelsohn *rêve de faire* dans son sanatorium ce que Huchard *a fait* à Bourbon-Lancy. — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

La cystite tuberculeuse

La cystite tuberculeuse, maladie longue, guérit fort souvent par le simple traitement général. Les médications locales ne viennent qu'en second lieu et il convient de n'en pas user à l'aventure. Une grande circonspection est nécessaire.

Comme traitement général, outre le régime tonique institué en pareil cas, le praticien prescrira les arsenicaux, l'huile de foie de morue, les glycérophosphates :

Arséniate de soude.....	0 gr. 001
Extrait de feuilles de noyer..	0 — 15

P. 1 pilule. F. pil. n° 100. 2 à 3 pilules avant les repas.

Ces pilules seront continuées trois semaines.

Pendant les trois semaines suivantes, remplacer par les glycérophosphates :

Glycérophosphate de chaux....	0 gr. 30
— — magnésie.	0 — 15

P. 1 cachet. F. cachets n° 40.

En outre et à la saison d'hiver, 2 à 4 cuillerées d'huile de foie de morue avant le premier déjeuner, 15 jours à 3 semaines par mois avec interruption de 10 à 15 jours pour laisser reposer l'estomac.

Les besoins fréquents d'uriner seront calmés par les lavements : à 10 h. et à 4 h. un lavement d'eau de guimauve très chaud qui sera gardé quelques minutes et, pour la nuit, un quart de lavement avec 15 et 20 gouttes de laudanum. Ce quart de lavement sera gardé la nuit. Les douleurs de la miction seront soulagées par l'usage des diurétiques (tisane d'arenaria rubra, de pareira brava, de reine des prés, de stigmates de maïs, de pariétaire : un bol au lever, à 10 h., à 4 h., au coucher) et l'abstention de boissons alcooliques et des aliments épicés.

Cette seule méthode suffit à guérir la plupart des cystites tuberculeuses. Chez l'homme, la maladie paraît parfois moins grave et avoir moins tendance à se généraliser que chez la femme. Il suffit de faire prendre patience au malade.

Comme traitement local, le praticien se souviendra que les instillations de nitrate d'argent (à 1/50) ou les lavages au nitrate d'argent (1/500 à 1/1000) si utiles dans les cystites blennorrhagiques sont plutôt préjudiciables dans la cystite tuberculeuse.

Conseillé par Guyon, le sublimé (instillations de 30 à 40 gouttes de la solution de 1/5000 à 1/10000) donne des résultats assez inégaux. Le gaïacol est recommandé par de nombreux chirurgiens. Son action calmante semble passagère : au bout de 5 à 6 heures, les douleurs reparaissent et il convient de renouveler l'injection. M. André (*Rev. méd. de l'Est.* 15 juillet) emploie l'huile gaïacolée iodoformée :

Gaïacol.....	5 grammes
Iodoforme.....	5 —
Huile stérilisée.....	100 —

Il injecte tous les jours, au moyen d'une petite sonde Nélaton n° 14 ou 15 et d'une petite seringue, 12 à 20 gr. de cette huile que le malade doit conserver dans la vessie jusqu'au lendemain. Au début, les injections sont quotidiennes. Puis on les espace peu à peu (une injection tous les 2, 3, 8 jours) quand une amélioration est survenue. Plusieurs mois de traitement sont nécessaires.

Il n'est pas dit que le simple traitement général, tel que nous l'avons indiqué, ne conduise pas, à lui tout seul, à des résultats tout aussi favorables. — S. R.

HYGIÈNE

La contamination des eaux et la fièvre typhoïde. — Cette question est toujours à l'ordre du jour ; à lire le volume récent de M. Malmejac (*l'Eau dans l'alimentation*, Alcan, édit., 1902, *Bibl. Scient., Internat.*), le praticien comprendra combien certaines notions d'hygiène sociale tardent à pénétrer dans le domaine public. Nombre de municipalités demeurent parfaitement ignorantes, et leur ignorance se double de mauvaise volonté. Elles se refusent très délibérément à faire le nécessaire. On accuse leur eau. Comment l'eau pourrait-elle donner la fièvre typhoïde ? Les habitants n'en boivent-ils pas tous les jours ? Si c'était l'eau qui contînt le bacille typhique, toute la population serait atteinte ; or ce n'est qu'une petite minorité qui est frappée. Certains maires sont admirables dans l'entêtement qui les distingue. Ils se piquent de discuter science et hygiène comme ils causent politique : sans l'avoir apprise. A l'appui de leur cause, ils ne manquent pas de servir un argument qui, aux yeux non prévenus, peut sembler péremptoire. Ils ont fait procéder à des analyses d'eau ; l'eau a été déclarée bonne. Que si une analyse moins favorable conclut un jour à la contamination des eaux, cette analyse est jetée au panier et tenue pour non avenue. Il est étonnant de voir combien certaines municipalités possèdent le don de méconnaître les vérités qui leur déplaisent,

Digitized by Google

En regard de ces administrateurs à conscience légère il est bon de montrer les exceptions. La ville de Bar-le-Duc nous fournit à cet égard un exemple à suivre. L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans la ville, les conditions d'où cette épidémie est née, les résultats des analyses d'eaux, tout cela nous est d'un utile et très pratique avertissement. L'historien de cette épidémie a été notre très distingué confrère M. le Dr Ficatier, de Bar-le-Duc, qui, dans plusieurs rapports substantiels a établi les causes du mal d'une manière décisive, et en a en même temps indiqué le remède (Bar-le-Duc, Comte-Jacquet, 3 broch., 1899-1901).

La fièvre typhoïde régnait endémiquement dans la ville de Bar-le-Duc. La mortalité typhoïdique de la ville comparée à celle d'autres villes donnait les chiffres suivants (moyenne de 1885-1898).

Mortalité typhoïde par 1,000 habitants :

Lunéville	1,05
Bar-le-Duc	0,62
Nancy	0,61
Epinal	0,48
Paris	0,46
Reims	0,40
Charleville	0,27

La ville était alimentée par une eau de source captée au village de Fains. Cette eau avait été déclarée par le laboratoire de l'École des Mines comme une des plus pures de France. Seulement cette pureté n'existait qu'en temps sec et quand les eaux étaient claires. Quatre analyses avaient conclu à la pureté des eaux ; cinq analyses pratiquées quand les eaux étaient troubles, avaient abouti à des résultats contraires : l'eau renfermait des coli-bacilles et des bactéries putrides. Elle devait être rejetée pour l'alimentation. Jamais le bacille typhique ne fut toutefois retrouvé dans les eaux.

Dès ces premières constatations le praticien est frappé par deux faits essentiels : l'inégalité dans la qualité des eaux, suivant qu'elles sont claires ou troubles et l'absence de bacille typhique. Ce dernier est fort difficile à distinguer du coli-bacille, du moins d'après les anciennes méthodes. Le procédé de Chantemesse tout récemment exposé à l'Académie mettra sans doute fin à cette cause de confusion. En tous cas et en toute épidémie typhique, la présence des bactéries putrides et du coli-bacille suffisent pour faire rejeter une eau de l'alimentation. Et ce n'est pas sur un seul examen, mais sur des analyses répétées et pratiquées quand les eaux sont troubles que le praticien devra statuer avant d'aboutir à des conclusions.

Il ne s'agissait plus que de rechercher la cause de la contamination et par quelles voies elle s'opérait. La commission nommée constata que la source n'était pas une source, mais une rivière souterraine. Au cours de son trajet, celle-ci recevait les eaux résiduaires d'un village situé sur un plateau voisin, le village de Combles. Les expériences de coloration à la fluorescénie démontrèrent la communication. Six heures après qu'on eut versé 5 kilos de la matière colorante dans une des failles où se déversaient les eaux résiduaires de Combles, la couleur verte apparut à la source. Les travaux à exécuter découlaient de ces constatations. Il fallait détourner les eaux résiduaires de Combles et leur fournir une autre issue. En outre, l'épandage des matières fécales humaines non désinfectées et l'arrosage avec des urines était interdit sur tout le plateau dominant la source. Un nouveau filtre était établi à la source et celle-ci était entourée d'un périmètre de protection planté d'arbres.

L'origine de cette épidémie de fièvre typhoïde de Bar-le-Duc est celle d'un grand nombre d'épidémies. Le Dr Fiessinger communiquait récemment à l'Académie l'histoire de la fièvre typhoïde de Saint-Claude : c'était la répétition exacte des faits constatés à Bar-le-Duc : infection de la source à distance par un cours d'eau souterrain. Celui-ci s'enfonçait dans le sol à proximité d'habitations où avait régné la fièvre typhoïde, habitations établies sur une montagne calcaire et fissurée de crevasses dominant la source de plusieurs centaines de mètres de hauteur.

La mortalité à Saint-Claude dépassa celle de toutes les villes de France puisqu'elle atteignit (1896-1901), une moyenne de 1,15 à 1,20 pour mille.

L'alimentation par une eau de source est donc loin de mettre une population à l'abri d'une épidémie typhoïque. Les sources bien souvent ne sont que des rivières souterraines et celles-ci pouvant se contaminer en cours de route par les failles et fissures du sol, donnant parfois naissance à des épidémies de toute gravité.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

L'emploi de l'air surchauffé en dermatologie. — On se souvient des recherches du Pr Verneuil. En 1890, il conseillait l'air chaud dans le traitement des tuberculoses locales. Plus tard cette médication fut employée dans le lupus (Hollaender) et le chancre mou (Haralamb). Plus tard (1893) Felizet recommanda le flambage des plaies au moyen d'une flamme de chalumeau et le Dr Bourdin (de Saint-Florent), améliorait des eczémas à la période de vésiculisation en exposant les régions malades au rayonnement d'un poêle de 10 centimètres d'ouverture. M. le Dr

Digitized by Google

Dauban (*Th. Paris*, 1902) revient sur les avantages de l'air chaud en dermatologie. L'appareil qu'il emploie se compose d'une étuve et d'un foyer. L'étuve est formée par deux cylindres en cuivre s'emboîtant l'un dans l'autre, le foyer est alimenté par deux rangées de brûleurs intensifs à alcool. La température de l'appareil monte rapidement à 200° et 250°. Des plaques d'isolement empêchent la trop grande diffusion de la chaleur dans l'intérieur des cylindres ; si un membre est à traiter, celui-ci est introduit dans ces cylindres ; si c'est une partie du corps qui ne puisse reposer dans l'appareil, celui-ci agira par rayonnement. La durée des séances varie de 1/4 d'heure à 1/2 heure. L'auteur a employé une durée moyenne de 1/2 heure.

Les effets physiologiques de ce bain d'air sec surchauffé sont ceux de la chaleur en général. La peau pâlit, puis à cette pâleur succède la rubéfaction et la sécrétion sudorale paraît. L'action sur la circulation se traduit par la vaso-dilatation périphérique, l'abaissement de la pression artérielle avec augmentation du nombre des pulsations et de leur amplitude. L'action sur les mouvements respiratoires est peu accentuée. L'élévation de la température centrale est faible.

Les effets thérapeutiques découlent de cette excitation momentanée imprimée à la circulation tant locale que générale. L'élévation de la température locale fouette la circulation, élargit le calibre des vaisseaux, facilite la diapédèse leucocytaire, favorise la phagocytose. Certains microbes sont directement détruits. Le bacille du chancre mou est anéanti au bout d'une heure par un chauffage à 42° (Boeck et Aubert) ; le gonocoque perd sa virulence à 45°, le bacille tuberculeux entre 45° et 50°.

En outre certains symptômes subjectifs accusés par le malade sont amendés tout de suite : la douleur et le prurit. Le praticien devra seulement veiller à ne pas laisser brûler ses malades : c'est là une question de tâtonnement de technique à atteindre.

M. Dauban a guéri, grâce à cette méthode, un cas de dermatite herpétiforme de Dühring, une dysidrose palmaire (cette dernière disparaissant à la suite de deux bains) ; un eczéma hyperkératique fissuraire traité sans résultat à Saint Louis, fut amélioré ; de même un prurigo de Hebra et un psoriaris. Des syphilides papulo-squameuses furent guéries (5 bains et 15 bains). L'auteur recommande ce moyen de traitement dans les troubles sécrétoires cutanés (dysidrose), dans les infections surajoutées (eczématisation consécutive au grattage), dans les dermatoses aiguës inflammatoires (eczéma suintant), dans toutes les dermatites de cause externe.

Un moyen pratique que nous avons utilisé avec grand succès dans des affections d'un autre ordre (affections abdominales) mais qui rendra certainement des services dans les maladies cutanées, est le thermoplasme électrique du Dr Larat, composé d'une enveloppe d'amiante et de plaques de mica chauffées au moyen d'un fil de platine. L'appareil est mis en rapport avec une prise de courant d'éclairage ; la température au moyen d'un régulateur peut varier de 20° à 100° ; le point intéressant est que la température peut être maintenue à un degré constant d'une manière définitive.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

La suggestion dans les maladies de l'œil. — Les différentes sociétés de médecine hollandaises ont ouvert leurs sessions de l'hiver dernier par des communications dont quelques-unes sont d'intérêt général et essentiellement pratiques. C'est ainsi que le professeur Staub, à la Société des Sciences naturelles et médicales, attribue à la suggestion une part des résultats obtenus par un grand nombre d'agents thérapeutiques locaux ou généraux en oculistique particulièrement dans le traitement du blépharospasme et de l'asthénopie et l'amblyopie nerveuses. Bien connue est la méthode de traitement que déjà de Græfe appliquait à la crampe des paupières dans le cas de kératite scrofuleuse et qui consistait à plonger la tête dans un seau d'eau froide. Il est évident qu'il ne s'agit ici que d'une thérapeutique psychique. Ce bain subit détourne l'attention de la peur de la lumière et dès que cette peur a disparu et que le patient est convaincu qu'il peut ouvrir les yeux, aussitôt cesse le spasme des paupières et la guérison peut être vivement obtenue. De même d'après Staub, le repos dans un hôpital, les soins de propreté répétés sur les yeux, l'instillation de liquides très peu antiseptiques produisent le même effet. Dans des cas déterminés un commandement absolu peut arriver au moins résultat. Enfin il en est de même de la manière de faire des oculistes qui n'écartent les paupières qu'avec la plus grande douceur jusqu'à prouver que la lumière en très faible quantité peut être supportée. On voit le plus souvent l'asthénie et l'amblyopie nerveuses se produire chez les enfants des écoles et chez les couturières. Il faut alors leur donner le conseil d'abandonner pour l'instant l'école du soir ou le travail en chambre, de faire chaque jour une promenade à pied, de prendre un délassement intellectuel ou de se donner une douche froide sur les paupières. — R. B.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic précoce de la rechute au cours de la fièvre typhoïde. — Il importe au préalable de bien définir ce qu'on entend par rechute. C'est, après l'établissement apparent de la convalescence, la reproduction de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque de fièvre typhoïde. La rechute n'est donc ni la recrudescence qui est une exagération de la température et une aggravation des phénomènes typhiques, ni la récidive qui est la reproduction d'une fièvre typhoïde alors que le sujet est complètement guéri, et depuis longtemps, de la première poussée infectieuse. Or s'il existe des cas nombreux où la rechute survient au moment où le médecin s'y attend le moins, il en est d'autres nombreux aussi où la rechute a pu être diagnostiquée grâce à un certain nombre de signes que M. Lemoine dans un travail récent (*Bull. Méd.*, janvier 1902), a classés de la façon suivante :

1° *Signes de la période d'état.* — Ce sont : la constipation, les anomalies par excès ou par défaut de l'exanthème rosé lenticulaire, les irrégularités de la courbe thermique et la prédominance des symptômes adynamiques ;

2° *Signes de la période de défervescence.* — Ce sont : les irrégularités de la courbe thermique, la persistance de l'intensité de la diazo-réaction ;

3° *Signes de la période intercalaire.* — Ce sont les plus nombreux : le teint plombé du visage, l'apparition d'un appétit exagéré relativement à l'état de la température et de la langue, la persistance de la tuméfaction de la rate, la persistance ou la réapparition de la diazo-réaction d'Erlich, la faiblesse du pouvoir agglutinant, l'absence de la diurèse critique.

Tous ces signes sont loin d'avoir la même importance ; il faut donner une grande valeur à certains d'entre eux, particulièrement à la persistance de tuméfaction de la rate, à l'absence de phénomènes critiques (diurèse critique, v. g.), et surtout à la *fréquence du pouls*. La fréquence du pouls se montre, d'une part, à la période d'état et à la période de défervescence, d'autre part à la période intercalaire, c'est-à-dire à la période apyrétique, qui s'étend entre la fièvre typhoïde et la rechute. Il importe de discuter sa valeur dans les deux cas.

1° Au cours de la fièvre typhoïde la tachycardie peut encore se rencontrer dans deux conditions : dans la forme pseudo-grippale ou grippale de la fièvre typhoïde, soit que la seule infection éberthienne ait provoqué des symptômes rappelant ceux de la grippe, soit qu'ait eu lieu le développement simultané du bacille de Pfeiffer et du bacille d'Ebehrt ; dans la forme cardiaque de la fièvre typhoïde qui se caractérise cliniquement par un pouls fréquent régulier pouvant battre jusqu'à 180, et par l'absence de tout bruit anormal à l'auscultation du cœur, qui se caractérise anatomo pathologiquement par l'absence totale de lésions de dégénérescence du myocarde. Il faut donc conclure que la tachycardie, au cours de la fièvre typhoïde, se rencontre dans trois formes de cette maladie : la forme grippale ou pseudo grippale, la forme cardiaque, la forme à rechute, et qu'elle n'a par elle-même qu'une valeur modérée dans le diagnostic précoce de cette dernière forme.

2° Dans la période intercalaire la tachycardie est pathognomique de la rechute à condition que cette tachycardie soit constante, car à cette période de la maladie le pouls est très impressionnable sous l'influence de l'alimentation, de la situation couchée, assise ou debout, de l'émotion, etc...

Enfin, dans le diagnostic précoce de la rechute, il faudra prendre en considération la constitution médicale ; il n'est pas rare, en effet, de voir éclater des épidémies de fièvre typhoïde à rechute, de même que l'on peut assister à l'apparition de séries de fièvre typhoïde à forme ataxique, à forme sudorale ou à forme respiratoire. — R. B.

La pleurésie rhumatismale. — La pleurésie est une complication assez fréquente du rhumatisme articulaire aigu. Elle s'observe chez l'adulte et surtout sur l'enfant. D'ordinaire elle fait suite à une cardiopathie préalable, par inflammation de voisinage ou gêne de la petite circulation, mais ce n'est pas là une condition absolue. Peter et Fernet ont cité des exemples de pleurésie rhumatismale sans lésion cardiaque. En dehors des cardiopathies, la pleurésie reconnaît encore d'autres causes : une inflammation du poumon (pleuro-pneumonie), un infarctus, parfois simplement l'infection elle-même, laquelle choisit la plèvre comme détermination locale du rhumatisme, que la pleurésie fasse cortège à d'autres manifestations ou apparaisse au contraire comme complication unique, ou en tant que prodrome d'une crise rhumatismale.

Si la pleurésie apparaît, en effet, d'ordinaire du cinquième au sixième jour du rhumatisme, il n'en est pas toujours de même : elle peut précéder le rhumatisme et constituer la première manifestation de l'infection rhumatismale. L'épanchement s'annonce par les signes ordinaires de la pleurésie (point de côté, dyspnée, fièvre), ou bien il évolue sourdement à la façon de l'hydrothorax du cardiaque ou du brightique. A côté des formes avec épanchement, on a noté des formes sèches, avec frottements, ceux-ci constituant la seule marque de l'atteinte pleurale ou

Digitized by Google

faisant, au contraire, suite à des pleurésies rhumatismales avec épanchement.

Dans la forme aiguë, les symptômes peuvent être très tapageurs ; le point de côté est violent, la fièvre s'allume, l'oppression est vive, l'épanchement toutefois n'est pas toujours aussi abondant que l'intensité des signes le pourrait faire présumer. Une bonne partie de l'oppression n'est pas liée à la quantité de liquide, mais à l'état congestif du poumon sous-jacent. L'évolution de la complication pleurale est rapide ; en quelques jours, en quelques heures, tout peut rentrer dans l'ordre. A noter la sédation habituelle des douleurs articulaires quand la pleurésie entre en scène.

Tout autre est la forme latente à début insidieux. Ici l'épanchement peut être considérable, sans que sa présence réveille d'oppression marquée; dans des cas rares, des symptômes d'asphyxie peuvent apparaître. En règle générale l'épanchement se résorbe rapidement.

Le diagnostic sera fait d'avec la pleurodynie simple, les pleurésies inflammatoires, les pleurésies *a frigore* (pleuro-tuberculose primitive), les épanchements pleuraux qui surviennent au cours des rhumatismes infectieux (rhumatisme aigu tuberculeux), les hydrothorax d'origine rénale ou cardiaque.

Le pronostic, bénin en général, s'aggrave surtout du fait des complications cardiaques (endo-péricardite) ou pulmonaires (congestions pulmonaires) concomitantes.

Le traitement consistera dans l'emploi du salicylate de soude. Matin : 2 gr. Après-midi : 2 gr. et dans la nuit 2 gr. dans une infusion diurétique (reine des prés, pariétaire, fleurs de genêt, etc.) à boire par petites gorgées. On administrera le régime lacté exclusif. Des ventouses scarifiées appliquées, le premier jour sur le thorax, seront suivies les jours suivants de l'application de ventouses sèches.

M. le Dr Jarvis a étudié sous le nom de rhumatisme pleural, cette complication du rhumatisme (*Th. Paris*, 1902). Il a recherché la perméabilité de la plèvre et en même temps que la bactériologie en a établi le cyto-diagnostic.

Tandis qu'à l'état normal, la plèvre jouit d'un pouvoir absorbant supérieur à celui du tissu cellulaire sous-cutané, dans les pleurésies cette propriété est variable. Elle est restée à peu près normale dans les pleurésies aiguës non tuberculeuses, mais est fortement touchée dans la pleurésie tuberculeuse. La perméabilité pleurale est en ce cas constamment diminuée. Opérant avec du salicylate de soude et recherchant ensuite l'acide salicylique dans l'urine (coloration violette avec perchlorure de fer,) M. Jarvis conclut que dans la pleurésie rhumatismale ne s'altère ni en plus ni en moins la perméabilité pleurale ; quand il y a complication de congestion pulmonaire concomitante, on note, au contraire, une certaine diminution de la perméabilité pleurale.

Quant à la bactériologie de la pleurésie rhumatismale, elle est négative. Les cultures sur bouillon et gelose restent négatives ; dans un seul cas, l'auteur a trouvé des bâtonnets avec chaînettes de diplocoques. Le cyto-diagnostic est tel qu'on le pouvait prévoir : de nombreuses cellules endothéliales, surtout dans les formes latentes, avec des polynucléaires en nombre variable — ceux-ci augmentant avec l'intensité de la congestion pulmonaire sous-jacente. Ce nombre des polynucléaires indique que la pleurésie rhumatismale ne doit pas être considérée comme une manifestation de la tuberculose.

Rhumatisme chronique déformant et hérédo-syphilis. — Si en dehors du facteur étiologique primordial du rhumatisme chronique déformant, qui est l'humidité, on cherche ce que donne l'hérédité, on rencontre encore aujourd'hui les opinions les plus diverses. La majeure partie des auteurs fait jouer un rôle important à la scrofule, à la tuberculose des parents que vient souvent signer chez les enfants la présence de cicatrices cervicales reliquat d'adénites suppurées. D'autres observateurs ont noté chez les générateurs la goutte ; d'autres enfin le rhumatisme articulaire aigu ou le même rhumatisme chronique déformant. Peut-être faut-il aller encore plus loin et chercher aussi la syphilis dans ces rhumatismes de forme héréditaire. Cette manière de voir a été soutenue (Soc. Derm. syph., déc. 1901) par M. E. Fournier qui présente 6 observations bien nettes et bien précises de rhumatisme chronique déformant ou, pour mieux dire, d'arthropathies simulant le rhumatisme chronique déformant et survenues chez des individus manifestement entachés d'hérédo-syphilis. L'histoire clinique de ces malades est la même et pour chacun d'eux pourrait se résumer ainsi : Malade entré dans un service de vénériens pour manifestation syphilitique en évolution, le plus souvent méconnue jusque-là ; porteur de stigmates non douteux de syphilis héréditaire ; présentant accessoirement des arthropathies considérées jusqu'alors comme relevant du rhumatisme chronique déformant. L'interrogatoire des parents a pu relever la syphilis, mais n'a jamais révélé l'existence de rhumatisme chronique déformant. Un point particulièrement intéressant est le fait que la lésion a débuté dans le jeune âge ; c'est ainsi que sur une jeune fille de 24 ans manifestement hérédo-spécifique ont commencé vers 14 ans : déformations, atrophies musculaires, ankyloses et douleurs excessives qui ont évolué symétriquement, débutant par les

Digitized by Google

petites articulations puis envahissant progressivement les articulations des poignets, des coudes, des cous-de-pied, des genoux et en dernier lieu les épaules et la hanche.

Il faut donc actuellement, en face d'un rhumatisme chronique déformant ayant débuté dans le jeune âge, faire une enquête minutieuse au point de vue de l'hérédité et des stigmates pouvant être présentés par le malade. A ce point de vue il importe d'examiner systématiquement chaque organe, c'est ainsi que M. Galezowski insiste particulièrement sur les atrophies choroïdiennes syphilitiques disséminées ordinairement au voisinage de l'ora serrata et qui peuvent exister malgré l'absence d'autres troubles oculaires.

Ces notions récentes du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis sont d'un intérêt immédiat pour le praticien, dans le cas où la syphilis peut être soupçonnée; il est logique en effet d'appliquer tout de suite dans ces cas la médication spécifique ; en premier lieu la mercurisation : une ou deux cuillerées à café par jour de liqueur Van Swieten ; un à deux grammes d'onguent napolitain sur les flancs et les reins; dans les cas graves et chez l'adulte l'injection dans la fesse de préparations solubles à hautes doses : 0,05 de benzoate de mercure, biiodure de Hg 1 à 5 centigr. Quant au traitement mixte il peut rendre des services dans certains cas, à doses faibles, de 20 à 50 centigrammes d'iodure par jour suivant l'âge. — R. B.

Les éléments de pronostic dans les néphrites. — Le pronostic des néphrites est une question qui intéresse journellement le praticien. A quels signes connaîtra-t-il que son malade va guérir ? Ou bien l'issue fatale ne pourra-t-elle pas être évitée ?

Ce n'est pas sur la quantité d'albumine qu'il fondera son opinion. Comme on le savait déjà et comme le répète M. le Dr Irimescu dans un travail très documenté (*Th. Paris*, 1902) l'albuminurie est un symptôme trompeur. De petites quantités d'albumine peuvent coexister avec des lésions étendues des reins et de grandes quantités d'albumine peuvent s'observer d'une façon passagère sans que ce fait comporte aucune importance pronostique (albuminurie abondante suite de fatigue). L'œdème est aussi trompeur que l'albuminurie. Présent dans la néphrite parenchymateuse, il manque dans les néphrites interstitielles et n'apparaît alors que dans les phases terminales, à la suite de l'insuffisance cardiaque. Les symptômes cardiaques et vasculaires offrent des moyens plus décisifs de jugement.

Du jour où la tension artérielle s'élève et où l'hypertrophie cardiaque paraît, il ne faut pas conclure tout de suite à un mal irrémédiable. De longues années de santé apparente peuvent s'écouler ; mais le fait est assez rare. Les accidents graves se manifestent d'ordinaire plus vite. L'apparition des bruits de galop indiquera que le cœur commence à fléchir et que le danger se rapproche.

Les altérations de la rétine sont très importantes. Quand elles se produisent, l'issue fatale n'est pas loin. Bull, sur 100 cas de rétinite albuminurique en a pu suivre 86 ; 57 sont morts dans le courant de la première année, 12 dans la seconde et 17 après une période plus longue. Un seul vivait encore 7 ans après le début de la lésion.

Les phénomènes d'intoxication urémique ne sont pas toujours graves. Dans les néphrites aiguës, on trouve du délire, des convulsions ; les malades guérissent fort bien. Il faut se méfier d'une céphalée qui résiste au traitement. Accompagnée d'étourdissements, de vertiges, d'insomnie, elle doit faire redouter l'explosion d'accidents graves. La dyspnée, les accès d'asthme, peuvent être soulagés pendant des années; la respiration de Chèque-Stockes survient d'ordinaire dans les dernières semaines et parfois les derniers mois du mal.

PÉDIATRIE

L'épistaxis chez le nouveau-né.— Dans la seconde enfance, l'épistaxis est un symptôme commun aux affections les plus diverses ; les maladies infectieuses, les causes locales, comme les traumatismes de la face, les lésions de la muqueuse nasale lui peuvent donder naissance. Au dessous de six mois, il n'en est plus ainsi. L'épistaxis est un accident rare. M. L. d'Astros vient d'étudier cette complication (*Arch. de médecine des enfants*, avril 1902) chez les nouveau-nés.

Dans les premiers jours de la naissance l'épistaxis, peut tenir à des phénomènes de stase dans le système veineux, à des troubles de la circulation chez les enfants débiles ou dont la circulation s'installe mal. La cause est-elle locale, indépendante d'un état général? l'épistaxis peut cesser sans complications ultérieures. Quand ce ne sont pas des phénomènes de stase qui sont en jeu, ce sont des accidents toxiques ou infectieux qui provoquent l'écoulement sanguin par les fosses nasales. Le coryza syphilitique s'accompagne très souvent d'épistaxis qui font suite à l'écoulement séro-sanguinolent habituel ; en dehors même des cas de coryza, l'hérédo-syphilis peut déterminer des épistaxis. M. d'Astros signale en outre cette complication dans les infections du nouveau-né à détermination hépatique. Souvent en pareil cas, il

Digitized by Google

se produit des hémorragies encore par d'autres voies : le tégument cutané, l'intestin. Ce signe revêt une importance d'autant plus grande qu'il apparaît parfois comme la première manifestation et dès le début de l'infection. L'épistaxis peut être la première signature soit de l'hérédo syphilis, soit d'une infection qui partant des fosses nasales gagne ensuite la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne. L'auteur a encore observé deux faits dans lesquels l'épistaxis fut un des premiers symptômes d une septicémie qui détermina ultérieurement de l'ostéomyélite. En résumé, l'épistaxis chez le nouveau-né est toujours sous la dépendance d'un état infectieux, soit hérédo-syphilis, soit infection septique locale (nasale) ou générale (septicémie) et quelquefois sous la dépendance de ces deux infections associées. Lorsqu'elle apparaît d'emblée, elle doit attirer l'attention, faire rechercher une syphilis latente ou faire craindre une infection septique à voie d'entrée nasale avec ses conséquences possibles (otites, infections bronchiques, broncho-pneumonies, septicémie, ostéomyélites, convulsions, etc.). Au point de vue thérapeutique, l'épistaxis est une indication formelle à instituer une médication antiseptique des fosses nasales et du rhino-pharynx.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

L'arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement. — L'arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement est un accident assez rare ; il se produit le plus habituellement chez une primipare relativement âgée et pour une présentation de la tête. M. Boudreau a fait de cette complication le sujet d'un bon travail inaugural. (*Th. Toulouse*, 1902). Elle se produit le plus souvent dans les conditions suivantes : la poche des eaux s'est rompue prématurément, le travail est long. Tout à coup, après une poussée plus violente, la tête descend et vient apparaître entre les lèvres de la vulve. Une impression de déchirement intérieur a accompagné cette progression rapide de la tête, mais les douleurs cessent vite et une masse analogue à un caillot sanguin vient avec la tête se montrer à l'orifice vulvaire. Cette masse peut être placée latéralement, elle se détache complètement et tombe entre les jambes de la parturiente ou bien elle est retenue par de minces filaments à l'utérus. C'est le segment inférieur du col utérin, lequel est complètement arraché. On pratique le toucher : une plaie vaste, circulaire, existe au niveau des insertions vaginales. Quant au lambeau, s'il reste tout d'abord attaché par un mince pédicule à l'utérus, il ne tarde pas à s'éliminer les jours suivants. L'hémorrhagie n'est guère à redouter ; d'ordinaire elle est insignifiante.

Les observations de Staude, Lévy, Scott, Bouffe de Saint-Blaise, Audebert, ce dernier, l'inspirateur du travail de M. Boudreau, ont contribué à compléter l'histoire de cet accident, dont la cause est très simple. Elle ne tient qu'à un obstacle : l'absence de dilatation du col.

Ce dernier se déchire ensuite brusquement et se laisse emporter eu bloc, soit qu'il soit lésé et en état de moindre résistance par la compression prolongée de la tête, les poussées violentes et stériles, l'âge avancé de la primipare, qui diminue l'élasticité du col.

L'infiltration et l'œdème du col qui surviennent, suite de la compression prolongée de la tête, agissent dans le même sens de diminution de résistance des tissus. Si le bourrelet œdémateux orificiel est irrégulier, il se déchirera en ses points faibles. S'il est régulier et uniformément résistant, il sera emporté en bloc par la tête qui descend.

L'accident n'a d'ordinaire pas de suites graves, à condition qu'une antisepsie rigoureuse soit pratiquée. La mère n'en a guère à souffrir. Il n'en est pas de même pour l'enfant ; la compression prolongée qu'a subie sa tête risque de le laisser en état de souffrance et la mort peut suivre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Thoracentèse avec introduction d'air filtré. — Ce n'est pas une méthode nouvelle : Potain l'avait déjà mise en œuvre. A nouveau M. le Pr Forlanini (de Pavie) y revient (*Gazetta médica italiana*, janvier 1902, nos 1, 2, 3 et 4) avec détails à l'appui.

Pour le traitement de l'empyème, l'auteur avait pratiqué dès 1890 l'aspiration permanente pendant tout le cours de la maladie, de façon à obtenir l'occlusion complète de la cavité pleurale.

Mais si théoriquement cette évacuation semble réalisable, cliniquement il n'en est pas de même. L'évacuation totale, complète, peut d'abord offrir des dangers, aussi conseille-t-on de ne point la faire. De plus, voudrait-on en tenter la réalisation qu'on se heurte à une impossibilité matérielle créée soit par les fausses membranes, soit par le manque de rétraction de la paroi elle-même.

Devant cette irréductibilité on a songé à tourner la difficulté ; de là est née la méthode qui consiste à faire la thoracentèse avec introduction d'air ou d'azote filtré.

De cette façon on peut arriver à retirer tout le pus

Digitized by Google

contenu dans la plèvre, c'est autant de cause d'infection en moins, et l'on remplace par un gaz aseptique et non toxique le pus qu'on aurait dû laisser en place sans cela.

De ses observations M. le Pr Forlanini tire des conclusions qu'on peut résumer ainsi :

1° L'opération est bien tolérée et n'entraîne aucun inconvénient, ni pendant, ni après.

2° Grâce au gaz introduit, la succussion permet de déceler le liquide dès qu'il se reforme.

3° L'air ou l'azote introduit se résorbe facilement ; et plus ou moins vite selon sa quantité.

4° Le pneumothorax artificiel influence plutôt favorablement le processus général et local.

5° Le jour de l'intervention, on observe assez fréquemment une élévation de température, qui ne persiste pas et qui est difficile à expliquer.

6° La reproduction du liquide pleural est moins fréquente qu'avec l'aspiration simple.

7° L'influence sur la durée totale de la maladie manque de base de comparaison, par suite de la variété des cas. — H. G.

THERAPEUTIQUE DENTAIRE

L'anesthésie locale. — L'anesthésie locale à la cocaïne en injections hypodermiques, après un moment de vogue, ne tarda pas à perdre de sa faveur. Trop d'accidents s'étaient produits. Ils tenaient à l'emploi maladroit du remède. Quand on manie la cocaïne avec prudence et discernement, rien n'est à craindre. C'est la conclusion à quoi s'arrête M. le Dr Jules Ferrier (*Revue de stomatologie*, août 1902). Seulement pour n'avoir à redouter aucun ennui, des précautions sont à prendre. Elles ont trait à la seringue, à la solution, à la technique de l'injection.

La seringue doit fonctionner parfaitement et être aseptique. Depuis longtemps, nous usons à cet effet de la seringue de Lüer avec piston en verre, qui offre les garanties de propreté les plus parfaites. Le liquide à injecter devra être préparé extemporanément, car les solutions de cocaïne s'altèrent vite. Un flacon d'eau bouillie à portée, et la solution pourra être faite aussitôt. M. le Dr Ferrier emploie le titre de un pour cent, qui est celui conseillé par le Dr Reclus. Un gramme de la solution, c'est-à-dire un centigr. de chlorhydrate, à partager entre les deux côtés de la dent, est dans la grande majorité des cas amplement suffisant. M. Ferrier a augmenté parfois la dose, mais a rarement dépassé 2 centigr. ; toutefois il ne redoute pas d'injecter à certains sujets 3 et 4 cent. ce qui, en pratiquant les injections au niveau des interstices dentaires, permet d'enlever, dans la même séance, un nombre respectable de dents.

Quand de nombreuses extractions sont nécessaires en vue, par exemple, de l'application d'une pièce de prothèse, il vaut mieux procéder par 2, 3, 4 extractions au plus par séance et laisser reposer le patient quelques jours entre deux séances de cet ordre. Cette méthode offre l'avantage de mettre plus sûrement à l'abri des infections, toujours à craindre quand la perte de substance est large, et en outre de ne pas obliger à des doses de cocaïne trop élevées.

L'injection sera poussée doucement et sans fatigue dans la partie dure de la gencive ; quand cette partie dure manque comme au voisinage des dents de sagesse du bas, l'injection, pénétrant dans le tissu cellulaire lâche, risque, en fusant rapidement vers le pharynx et la glotte, de déterminer chez les nerveux quelques troubles légers sans importance. Pour faire pénétrer l'aiguille, on piquera d'abord la gencive presque perpendiculairement à son plan sans heurter le plan osseux, puis on ramènera l'instrument dans un plan parallèle au plan gingival.

Inutile d'ajouter que pour que l'action analgésiante se produise, il ne faut pas que le liquide pénètre à côté de la gencive, dans un kyste de fistule gingivale ou dans un abcès. Parfois en pareil cas et dans l'impossibilité d'atteindre un point de la gencive sain on devra compléter l'anesthésie par une pulvérisation de chlorure d'éthyle ou bien, si possible, on remettra l'extraction à plus tard, en se contentant d'ouvrir la collection purulente.

Les contre-indications de l'anesthésie locale tiendront à la pusillanimité extrême du malade, à la crainte qu'il a de la cocaïne et à la gravité de l'état général chez certains cardiaques ou aortiques.

Admis dans les hôpitaux, le GOMENOL, est un terpino-naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — **Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.**

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Erratum. — Une erreur très regrettable a été commise dans le n° 36, du 6 septembre dernier. L'intéressant article sur le Traitement de la pneumonie par l'ergotine émane du Dr George, *médecin de l'hôpital de Cernay*, et non de M. le Dr Schoull, médecin de l'hôpital de Tunis.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier

L'avortement multiple

L'avortement multiple est en général peu connu des praticiens. L'attention n'a pas été assez attirée sur son compte, et le travail que j'ai publié en 1892 (1) avec Demelin est le premier mémoire d'ensemble qui a paru sur la question. Et pourtant de la connaissance du mécanisme de l'avortement multiple découle une indication thérapeutique de premier ordre : c'est qu'il faut rarement compter sur l'élimination spontanée du délivre ; dans les cas de jumeaux nourris par un placenta unique, le placenta est gros, les fœtus sont petits. S'il y a de la place pour leur sortie, il n'y en a pas pour celle du placenta. Les jumeaux sont expulsés, le délivre reste, volumineux : à tout prix il faut le retirer.

L'histoire de deux femmes du service qui viennent d'avorter de deux jumeaux, va me permettre de revenir sur les principales particularités de ce sujet.

La première est une femme de 19 ans, couturière, qui, le 22 avril dernier, a expulsé, en ville, deux jumeaux de trois mois. Une chute qu'elle avait faite quelques jours auparavant dans l'escalier avait déterminé les premières douleurs. A l'entrée dans le service, le même jour, on percevait un col revenu sur lui-même : une masse molle y était engagée. Du sulfate de quinine fut administré pour ramener les contractions utérines. La médication resta sans résultat ; dès le lendemain, la fièvre montait. Temp. 38°,8 ; on dut dilater le col avec des bougies de Hegar, on pratiqua la délivrance artificielle ; un écouvillonnage, l'instrument étant trempé dans du sublimé, termina l'opération. Deux placentas furent retirés qui pesaient l'un 50 gr., l'autre 100 gr. La guérison s'opéra sans incidents.

Les cas, semblables au précédent, où deux placentas sont expulsés, sont les plus favorables. Chaque placenta étant plus petit, s'élimine plus aisément. Les difficultés et les dangers commencent surtout avec l'existence d'un placenta unique. En pareille occurrence le praticien doit toujours avoir dans l'esprit qu'il ne s'agit pas de compter sur la bonne nature et sur une expulsion spontanée.

Une femme de 31 ans, commençant sa 8e grossesse, est enceinte de 4 mois et demi. Elle a fait déjà deux fausses couches auparavant, que n'explique aucun antécédent spécifique. Dans la nuit du 24 mai, elle se réveille, se sentant mouillée. Au lieu de garder le repos, elle se lève et continue ses occupations, sans prendre aucun soin antiseptique. La perte d'eau s'accentue et le lendemain un avortement gémellaire eut lieu. Le premier fœtus était petit et se présenta par l'épaule ; le second sortit par le siège. Celui-ci poussa un petit cri à sa naissance et vécut 1 h. 45 dans la couveuse. Le col se referma tout de suite englobant un placenta unique qu'on dut retirer après dilatation, à l'aide de la délivrance artificielle.

L'avortement gémellaire n'est pas aussi rare qu'on pourrait supposer tout d'abord. Ma première statistique dressée en 1892 avec Demelin donnait 1 avortement gémellaire pour 233 accouchements ; un peu plus tard, dans sa thèse inaugurale, Merle (1) indiqua le chiffre de 1 sur 1265. Dans la statistique de mon service actuel de la Charité, je trouve des chiffres intermédiaires, 8 avortements gémellaires sur 3,595 accouchements ; soit 1 sur 449.

Si l'apparition des douleurs caractéristiques, l'hémorragie, l'effacement du col permettent d'établir facilement le diagnostic d'un avortement imminent, il s'en faut de beaucoup qu'il soit aussi aisé de prévoir qu'il s'agit d'un avortement multiple. Quelques signes cependant peuvent donner l'éveil. Il en est un sur lequel j'ai particulièrement attiré l'attention : l'augmentation rapide du liquide amniotique. En 3, 4 jours, le ventre peut se distendre considérablement. La femme ressent des douleurs vives par suite de cette distension ; l'avortement est la réponse à cet état de souffrance.

En sorte que l'hydramnios qui rend si souvent difficile le diagnostic d'une grossesse gémellaire avancée a, au contraire, une valeur diagnostique importante au début de cette même grossesse. Ajoutons que le diagnostic pourrait même être établi d'une façon certaine dans un cas particulier : celui où l'hydramnios n'existerait que dans une poche et où cette poche hydropique serait située dans la partie supérieure de l'utérus. Cette disposition a été rencontrée par Budin et Trachet, les deux œufs étant superposés, à 8 mois environ. Dans ces cas, le toucher vaginal permet d'arriver directement sur une partie fœtale, sans interposition d'une couche liquide, sans aucune tension du segment inférieur, alors que par le palper on trouve manifestement une poche fluctuante et tendue dans le reste de l'utérus.

(1) *Etude clinique sur l'avortement multiple et en particulier sur l'avortement gémellaire*, par Maygrier et Demelin (*Archives de tocologie*, février, 1892.)

(1) Merle. De l'avortement gémellaire. *Th. Paris*. 1892.

Digitized by Google

D'autres circonstances peuvent permettre d'établir encore parfois le diagnostic. J'ai pour ma part observé à la Pitié un cas où j'ai émis l'hypothèse d'une grossesse gémellaire avec menaces d'avortement à 4 mois de gestation, dans les conditions suivantes : mon opinion était basée sur l'existence de certains signes de la mort du fœtus (disparition des varices, montée laiteuse chez la mère), alors que les battements du cœur continuaient à se faire entendre : le fait ne pouvait s'interpréter que par la présence dans l'utérus de deux jumeaux, l'un mort, l'autre vivant ; et il en était réellement ainsi.

Pendant le travail, le diagnostic est quelquefois rendu possible par une disposition particulière de la poche des eaux, qui a été signalée par Dugès, Mme La Chapelle, Depaul, Auvard et dont j'ai vu également plusieurs exemples : cette poche est double, et le toucher permet de constater qu'un sillon la sépare en deux parties, constituées par la saillie que font dans le col, les deux œufs juxtaposés ; il en était ainsi dans une des observations que nous avons rapportées, Demelin et moi.

Par contre, le diagnostic de la gémellité peut rester méconnu même après l'issue d'un premier petit fœtus, et la sortie du second est souvent une surprise. Cependant, avec un peu d'attention, on remarquera que l'utérus reste gros et que les contractions utérines continuent ; au toucher, on constatera la présence d'une seconde poche, si elle n'est pas rompue, ou même de petites parties fœtales : on évitera ainsi l'erreur.

La reprise des contractions après l'expulsion du premier fœtus n'est pourtant pas constante. Il peut arriver qu'un premier avortement s'étant fait, la grossesse continue pour le second fœtus et soit menée à terme. En pareil cas, s'il y a deux placentas, celui du fœtus expulsé peut sortir après lui ; ou bien, il reste dans l utérus, et lors de l'accouchement, à côté du placenta normal, on en découvre un second, petit, dégénéré, qui n'est autre que celui du fœtus né antérieurement. Le fait peut s'observer dans toutes les grossesses multiples, et j'ai vu une dame faire une fausse couche à trois mois de gestation et accoucher à terme de deux jumeaux.

Les accidents de rétention ne se montrent guère dans les deux premiers mois ; à cette époque de la grossesse, l'expulsion se fait généralement en bloc, et ne donne lieu à aucune considération spéciale.

A 3 et 4 mois, l'expulsion se termine en deux temps : les jumeaux sortent d'abord à quelques heures, quelques jours d'intervalle, puis vient la délivrance ; réserve faite pour les cas dont je viens de parler, où la grossesse continue après qu'un avortement s'est effectué. Des faits plus extraordinaires peuvent se montrer : c'est ainsi que dans une observation de Girode il y a eu expulsion d'un premier fœtus, puis sortie d'un second dans son œuf et en dernier lieu sortie du premier placenta.

Quelle conduite convient-il de suivre dans les cas de rétention du placenta ? Pour l'avortement simple, on peut, le plus souvent, attendre jusqu'à menace de fermeture du col, ou jusqu'à l'apparition des plus légers accidents. Mais, quand l'avortement est gémellaire, pour peu que la délivrance spontanée tarde à se faire, je suis d'avis qu'il faut l'effectuer sans hésitation. En effet, s'il existe un seul gâteau placentaire, celui-ci est énorme. Comment passerait-il ? Le col se referme, de gros accidents sont à craindre. Il ne faut guère compter sur l'éventualité heureuse où les contractions se reproduisent, où le col se dilate, où le placenta est expulsé spontanément.

J'ai le souvenir de deux graves accidents survenus jadis en ville, alors que les moyens dilatateurs que nous possédons actuellement n'existaient pas.

En 1884, une femme de 40 ans, eut un avortement triple. Je fus mandé auprès d'elle 8 jours plus tard, la délivrance n'étant pas encore effectuée. Un médecin avait donné du seigle ergoté, et l'utérus, énorme, était contracturé. L'infection était grave, le facies altéré, la fièvre vive, le pouls filiforme. Je ne pus rien faire ; la mort survint quelques heures après ma visite.

Même issue fatale auprès d'une femme que j'ai vue en 1887 avec un de mes collègues. Depuis 6 jours elle avait fait un avortement gémellaire : les jumeaux seuls avaient été expulsés. En dépit de l'antisepsie d'attente, le placenta s'altérait ; on ne put l'extraire ni dilater le col ; on essaya avec des pinces de saisir le délivre, on ne ramena que des débris. La malade était au plus mal ; elle avait un écoulement fétide, une fièvre vive, et était dans une prostration profonde. C'est en vain qu'on eut finalement recours à l'irrigation intra-utérine continue. La mort survint en dépit de tous nos efforts.

Aujourd'hui que nous avons à notre disposition les ballons dilatateurs de Champetier de Ribes, de Boissard, etc., pareils accidents ne se reproduiraient sans doute plus.

Vers le 5e et le 6e mois, le danger est moins grand. Les fœtus sont plus gros, le col se dilate davantage et crée un chemin à la délivrance qui se fait plus aisément.

Le traitement découle des données précédentes. Quand l'avortement est inévitable, on le laissera s'effectuer sans intervenir. Si un seul fœtus est expulsé, il faut savoir attendre, puisque dans quelques cas la grossesse peut continuer son cours et être menée à bonne fin pour le second jumeau.

Pendant esl deux premiers mois, la conduite à

Digitized by Google

tenir est la même que pour un avortement simple ; on n'interviendra qu'en cas de rétention avec accidents de débris ovulaires, et on aura recours au curage digital et à l'écouvillonnage.

Au 5e et au 6e mois, on se comportera comme à terme, au cas où la délivrance ne se ferait pas spontanément, ce qui est rare : on pratiquera la délivrance artificielle dans une cavité d'ailleurs suffisamment spacieuse pour permettre l'introduction de la main.

Mais c'est surtout au 3e et au 4e mois, c'est-à-dire à l'époque dangereuse, à celle de la rétention habituelle du délivre pour les raisons que j'ai indiquées, qu'il importe d'avoir une ligne de conduite bien précise. L'objectif est de ne pas laisser le délivre séjourner dans l'utérus, car il pourrait en résulter des accidents redoutables, tout à fait comparables à ceux de la rétention du placenta à terme.

Voyons d'abord les cas où on se trouve présent au moment même de l'avortement.

Les jumeaux viennent d'être expulsés ; le col est encore largement ouvert. On donnera à la délivrance le temps matériel de s'effectuer naturellement : on surveillera les contractions utérines, l'état du col, le décollement et l'engagement du délivre ; on pourra administrer 1 gr. de sulfate de quinine comme ocytocique. Mais si l'expulsion de l'arrière-faix ne s'accomplit pas normalement, si elle tarde trop, il faut recourir à la délivrance artificielle *quand on peut encore pénétrer facilement dans l'utérus* ; cette opération sera faite aisément en introduisant la main dans le vagin et deux ou trois doigts dans la cavité utérine.

Le col est-il déjà revenu sur lui-même, l'expectation est absolument contre-indiquée. Il faut dilater séance tenante soit avec des ballons d'un calibre approprié, soit par le procédé bimanuel de Bonnaire, et extraire la masse placentaire. On évitera surtout de se servir de dilatateurs métalliques, de pinces, etc., instruments qui ont produit des lésions entre les mains les plus habiles. Le curage digital d'abord, puis l'écouvillonnage au besoin ne laisseront dans l'utérus aucun débris cotylédonaire.

Lorsqu'on est appelé alors que la rétention dure depuis plusieurs jours et qu'il existe des accidents infectieux, la conduite à suivre devient exactement la même que celle qu'on tient dans l'avortement simple : dilatation extemporanée du col avec des bougies de Hegar, extraction du délivre, curage digital, écouvillonnage, etc., intervention dont la technique est bien connue et sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister. Le fait à retenir, c'est qu'à cette époque tardive la situation est bien autrement grave que dans l'avortement simple, et que le succès est beaucoup plus douteux.

Aussi, quand l'utérus est profondément infecté, a-t-on proposé une opération plus radicale. En 1886, Schultze, d'Iéna, trouvant une femme en proie à des accidents septiques consécutifs à la rétention du délivre à six mois de grossesse, et ne pouvant pénétrer dans l'utérus, pratiqua la laparotomie, ouvrit la matrice et en retira un placenta en putréfaction ; puis trouvant la paroi utérine déjà gangrenée, il enleva l'utérus. La femme guérit. L'opération de Porro, dans de pareilles circonstances, me paraît rationnelle.

Dans ce qui précède je n'ai eu en vue que les cas d'avortement gémellaire ou triple, les seuls que j'aie observés. Il est évident que s'il y avait plus de 3 jumeaux, l'intervention s'imposerait avec plus de force encore. Nous pouvons d'ailleurs nous faire une idée des difficultés qui pourraient surgir dans ces faits exceptionnels par la relation d'une observation curieuse et qui est due à Vassali et que j'ai rapporté dans le mémoire fait en collaboration avec Demelin. Il s'agit d'un avortement sextuple. Voici le résumé de ce cas intéressant et peut-être unique.

« Une femme secondipare, enceinte de 4 mois, arrivée au 115e jour de sa grossesse, est prise de douleurs abdominales. Le ventre a le volume d'une grossesse à terme ; il existe de l'œdème malléolaire. Un premier fœtus est expulsé. Le lendemain matin, fièvre et hémorragie. La main introduite dans l'utérus extrait un second fœtus. On perçoit alors un troisième sac dans lequel se trouvait un troisième fœtus dont on fait également l'extraction. La même opération est renouvelée pour un quatrième et un cinquième jumeau. Vassali tente alors la délivrance artificielle ; il rassemble les 5 cordons et exerce des tractions sans succès. Il introduit la main dans l'utérus et en voulant décoller le délivre, il détermine une hémorragie formidable. Très anxieux, il laisse la main dans la cavité utérine et fait exercer en même temps une énergique pression sur la paroi abdominale. Cette compression *intus* et *extra* est prolongée pendant 4 heures. L'hémorragie s'arrête. Fatigué, Vassali est remplacé par le Dr Solari qui introduisant à son tour la main, trouve un sixième sac, extrait un sixième fœtus et peut enfin pratiquer la délivrance artificielle. Des caillots sont expulsés en abondance. Cette laborieuse intervention a duré 7 heures. Les suites de couches ont été normales ! Les fœtus réunis pesaient 1.730 grammes : le plus gros 305 gr., le plus petit 240 gr. Il y avait 4 garçons et 2 filles. Le placenta formait une masse unique et assez volumineuse ; il donnait insertion aux six cordons. »

La conduite à tenir dans des faits aussi extraordi-

Digitized by Google

naires échappe à toute règle méthodique. L'important est de vider à tout prix l'utérus, afin d'éviter la rétention du délivre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les tuberculeux gras

Par le Dr Ch. Sabourin
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Dans un article précédent, nous avons dit de quelle façon les tuberculeux amaigris et les tuberculeux maigres se comportent. en général, à la cure hygiénique.

Quant aux tuberculeux gras, c'est une tout autre histoire. Et la notion des obstacles apportés à leur guérison découle de ce fait même, qu'ils sont devenus tuberculeux étant gras. Pourquoi le sont-ils devenus dans ces conditions ? Evidemment, chez quelques-uns, on trouve des antécédents nuisibles, on trouve des tares palpables qui rendent compte à peu près de leur déchéance prétuberculeuse. Mais combien d'autres n'ont que leur graisse pour l'expliquer ! C'est que l'obésité est bien souvent le signe extérieur d'une tare constitutionnelle ou acquise, le signe d'une nutrition de mauvais aloi, le signe d'une déchéance organique. Les obèses sont plus vulnérables ; une maladie éminemment tuberculisante, la grippe, les frappe souvent à mort, en laissant au poumon des lésions nécrosantes qui en font des phtisiques incurables. Ils se comportent absolument comme les diabétiques. Aussi la tuberculose chez ces sortes de diabétiques sans sucre, est-elle en général d'un pronostic fâcheux.

En présence de malades de ce genre, la cure hygiénique est un problème très ardu, et souvent elle y perd ses droits. Et malheureusement pour le médecin, il est impossible jusqu'à présent de poser des principes fixes de méthode thérapeutique. La cause en est que malgré tout il y a, si l'on peut dire, des bons et des mauvais obèses, et que nous ne pouvons pas toujours discerner les uns des autres.

Il y a des bons obèses. On voit de temps en temps des individus encore jeunes, de souche vigoureuse, sans tare héréditaire apparente, devenus d'un embonpoint exubérant pour cause vraisemblable de bonne chère, de ces individus qu'on appelle dans le monde des *bons vivants*. Un peu d'alcoolisme de bon aloi aidant, la tuberculose les atteint, les uns à la suite d'une maladie comme la grippe, les autres simplement à la suite de grands chagrins.

Ils maigrissent énormément, mais si leur lésion, en tant que lésion se présente avec des chances de curabilité, ils guérissent fort bien. Ils répondent à la cure hygiénique tout comme le font les malades amaigris dont nous avons parlé précédemment. Soustraits à leurs écarts de régime, soumis à une hygiène sévère, ils reprennent vite le poids qu'ils ont perdu, dépassent au besoin celui qu'ils avaient antérieurement, et leur affection pulmonaire disparaît.

Voici un exemple remarquable parmi ceux de cette catégorie que nous avons eus sous les yeux :

Un jeune homme de petite taille avait, en quelques années, acquis un embonpoint extraordinaire. Frappé par la tuberculose, il perdit en peu de temps 50 livres de son poids. La cure méthodique lui rendit en quelques mois ses 50 livres, puis bientôt une douzaine d'autres en supplément, et sa lésion assez grave par elle-même guérit de façon rapide, guérison qui s'est maintenue depuis des années, bien que le poids du corps ait notablement diminué.

Evidemment, dans les cas de ce genre, on peut supposer que la guérison s'est produite parce que ces obèses ont maigri, et que par suite la cure d'engraissement a eu belle prise sur eux. Mais combien d'autres obèses deviennent tuberculeux, maigrissent aussi, n'ont aussi que des lésions en apparence curables, très légères même, et, quoi qu'on fasse, ne guérissent point ! Nous ne parlons pas, bien entendu, de la plupart des diabétiques gras que la tuberculose frappe, qui deviennent squelettiques, et sur qui le traitement n'a aucune prise.

Il existe des quantités de malades gras ou obèses sans diabète, que leur embonpoint ou leur polysarcie n'a point garantis de la phtisie. Ils maigrissent du fait de leur tuberculose. et continuent à maigrir, quoi qu'on fasse.

Il en est d'autres devenus aussi phtisiques malgré leur graisse, qui ne maigrissent point ou ne maigrissent que fort peu, et de façon passagère, en tous cas se soignent dès le début, reprennent le poids qu'ils ont perdu, et malgré la bénignité apparente de leur lésion, traînent leur maladie de façon désespérante, tout en se soignant de façon exemplaire et conservant leur embonpoint.

Il en est cependant parmi eux qui finissent par guérir quand leur lésion est vraiment bénigne. La cure les rend totalement apyrétiques, et s'ils savent, sur des conseils médicaux bien entendus, se créer un genre de vie hygiénique, ils finissent par se débarrasser de leurs bacilles. Les médications n'ayant jusqu'à présent rien à voir dans leur état, ils doivent faire de l'hygiène sévère et ne jamais s'en départir, pour guérir d'abord, et ne point rechuter par la suite.

D'autres, avec les mêmes apparences extérieures, avec les mêmes soins, n'arrivent point à éteindre l'activité bacillaire, restent toujours en équilibre instable de température, et voient s'aggraver lente-

Digitized by Google

ment leur lésion qui paraissait au début absolument bénigne.

Inutile d'insister sur les tuberculeux porteurs de lésions incurables, en général de vieilles cavernes, qui avec un embonpoint souvent énorme acquis à la cure hygiénique vivent fort vieux, invalides du poumon, comme tant d'autres porteraient indéfiniment un vieil ulcère de la jambe.

La plupart des tuberculeux gras qui se présentent au médecin soulèvent un problème thérapeutique difficile, comme nous l'avons dit. Et c'est assez compréhensible puisque la cure d'engraissement, notre principal agent de guérison, se trouve hors de saison.

Il y a, en effet, des limites à l'engraissement et à l'augmentation de poids des tuberculeux. Et tandis que le phtisique maigre ou amaigri, s'il fait une bonne cure d'engraissement, peut, en général, atteindre sans inconvénient un poids considérable, dépassant de beaucoup le poids théorique, le phtisique gras, au contraire, est soumis à une foule de misères, si, pour mieux se guérir, il dépasse un certain embonpoint fort variable suivant les cas.

Alors ce n'est plus, pour ainsi dire, la tuberculose qui parle, mais bien la constitution des malades.

Les uns font de la gravelle rénale ou hépatique; les autres ont, en guise de saignements de nez, des crachements de sang sans gravité, véritables épistaxis par le point faible de leur économie, c'est-à-dire par leur lésion pulmonaire; d'autres font de l'asthme; d'autres ont une expectoration plus abondante, véritable bronchorrée purulente; d'autres pissent du sucre; sans compter les céphalalgies continuelles, les nuits agitées et autres menus inconvénients.

Tout cela rentre dans ce fait d'observation que la tuberculose développe fréquemment les manifestations de ce qu'on appelle l'arthritisme, chez des individus qui, avec cette constitution latente, n'auraient vu éclater toutes ces manifestations que bien des années plus tard, s'ils n'étaient pas devenus tuberculeux. Pensée qui peut se traduire en disant que la phtisie mûrit la diathèse.

Aussi, en présence de malades de ce genre, qui ont conservé ou acquis à la cure hygiénique un embonpoint amplement suffisant, le médecin doit-il s'occuper plutôt de leur constitution que de leur tuberculose.

Ces phtisiques, soumis à un régime fortifiant de viande rouge et de boissons plus ou moins généreuses, ont toutes chances d'avoir les accidents susdits. Soumis au régime blanc et à l'eau claire, ils conservent leur poids et neuf fois sur dix en seront préservés. S'ils en souffrent déjà par suite d'erreurs dans leur hygiène alimentaire, le simple retour à des pratiques plus saines suffira pour les faire disparaître. Pas de plus belle démonstration de tout cela que l'histoire de certains malades gras, vigoureux, que la cure a amenés à la veille de la guérison, et qui sans cause connue, sans état fébrile concomitant, crachent du sang. Il suffit, pour éviter le retour de cet accident, de les sevrer de viandes rouges et des boissons habituelles.

Si les malades de cette catégorie sont apyrétiques, ils devront, tout en se nourrissant assez fortement dans les règles de ce régime, se livrer à des exercices de marche raisonnée, dont les effets seront, comme toujours, contrôlés par les moyens habituels, c'est-à-dire le thermomètre vespéral et la bascule.

Plus ou moins fébriles, ils devront conserver leur poids plutôt par le moyen de la cure de repos, que par l'alimentation abondante.

Il y a plus. Certains tuberculeux d'embonpoint exubérant se trouveront bien de perdre quelques kilos, non-seulement pour leur état général, mais encore pour l'état de leurs poumons. C'est une observation que nous avons pu faire à plusieurs reprises.

Et dans cet ordre d'idées il nous semble bon de raconter l'histoire fort intéressante d'une tuberculeuse qu'il a fallu faire maigrir pour obtenir sa guérison.

Une jeune femme, de petite taille, répondant comme aspect du visage au type dit strumeux, mais de bonne santé antérieure, malgré un nervosisme intense, était devenue tuberculeuse tout en ayant déjà un embonpoint notable : tuberculose précédée de troubles gastriques et de grande dépression nerveuse. Rapidement il y eut pleurésie enveloppante d'un côté de la poitrine, promptement guérie d'ailleurs, et ne laissant après elle qu'une coque pleurale enkystante du sommet, puis attaque à forme pneumonique du sommet de l'autre côté.

Sur les conseils fort sages de son médecin elle fit une belle cure d'engraissement et atteignit bientôt un état de véritable polysarcie qui allait fort mal à sa taille. Le sommet actif déjà en ramollissement resta stationnaire.

L'idée nous vint que cette malade, bouffie de graisse, avait outrepassé la mesure, et avait transformé en cachexie véritable son embonpoint déjà remarquable, et nous décidâmes, en présence de l'état depuis longtemps stationnaire des lésions, de la ramener à des proportions plus conformes à sa taille. Inutile de dire qu'à part un déchet énorme d'urates, les urines ne contenaient rien d'anormal.

Le régime des aliments et des boissons bien institué, l'exercice de la marche bien réglé, le résultat ne se fit pas attendre. La malade maigrit peu à peu, vit disparaître sa bouffissure généralisée, et, lorsqu'à sa grande satisfaction comme état général, elle eut perdu une quinzaine de livres de son poids, la lésion

Digitized by Google

pulmonaire s'améliora comme par enchantement. En quelques mois la guérison était obtenue.

Il faut assurément s'attendre à ce que des cas de ce genre ne soient pas légion, mais cette observation curieuse vient à l'appui de ce que nous avançons plus haut, c'est-à-dire que la cure des tuberculeux gras est en général un problème d'une solution un peu délicate.

Il n'y a pas que les malades en cours de traitement qui soient justiciables de ces sortes de rappels à l'ordre. Il est parfois nécessaire de restreindre l'exubérance physique de certains tuberculeux bel et bien guéris.

Il est habituel que les phtisiques dont la guérison est confirmée, perdent assez rapidement un certain nombre de kilos sur le poids maximum qu'ils avaient acquis à la cure méthodique, et ils n'en continuent pas moins à se bien porter, comme s'ils avaient rejeté une sorte de trop plein qui avait pu leur être utile pour venir à bout de leur maladie, mais qui devenait du superflu une fois leur guérison accomplie.

On voit cependant des tuberculeux qui en pleine guérison confirmée conservent un embonpoint vraiment exagéré, les uns par habitude de l'alimentation abondante, par une sorte de vitesse acquise, les autres par crainte de revenir en arrière et de voir leur maladie récidiver. Parmi ces derniers il y a de véritables monomanes de la bascule, et le médecin peut avoir fort à faire pour les convaincre de leur erreur.

Or il est rare que ces exubérants au physique restent longtemps en bel équilibre de santé. Les uns sont dyspeptiques, n'ont généralement que des selles mauvaises; d'autres ont une céphalalgie presque permanente ressemblant fort à celle des neurasthéniques; d'autres ont de l'eczéma sur quelques parties du corps; d'autres ont un essoufflement que leur poitrine n'explique point; d'autres ont des épistaxis fréquentes ou des accidents hémorrhoïdaires, toutes misères en somme que l'on est accoutumé d'attribuer à la pléthore, et avec beaucoup de raison.

Pour enrayer tout ce cortège malsain, et pour couper court à des accidents plus graves à venir, il est indispensable et il suffit que ces individus changent du tout au tout leur genre de vie.

Une fois convaincus par le médecin que leur affection pulmonaire est bien guérie, que leur guérison est solide, ils doivent, d'une part, prendre plus d'exercice, et, d'autre part, se mettre à un régime alimentaire sévère.

Dès qu'ils auront perdu quelques kilos de leur poids, dès qu'ils auront rétabli par l'hygiène indiquée leur équilibre organique, toutes leurs misères disparaîtront comme par enchantement.

Clinique des Hôpitaux

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Gilbert Ballet

L'adipose douloureuse

L'adipose douloureuse a été décrite pour la première fois en 1888, par un médecin américain, Dercum. Depuis ce temps elle a été l'objet de nombreux travaux. M. G. Ballet a dans son service une malade atteinte de cette curieuse affection. C'est une femme âgée de 68 ans; une certaine obnubilation du cerveau l'empêche de fournir grands renseignements sur son passé. Il y a six ans environ, elle accusait des souffrances vives dans les membres inférieurs et les bras, et peu de temps après survint un engraissement rapide des parties douloureuses. Cette augmentation de volume a subsisté depuis. Encore aujourd'hui la malade montre une tuméfaction énorme des deux membres inférieurs; la jambe est entourée d'un véritable manchon adipeux; le pied au contraire est à peu près normal et ne présente qu'un peu d'œdème superficiel. L'adipose remonte le long des cuisses, gagne l'abdomen, mais ne déborde guère plus haut. Elle cesse complètement à la partie supérieure du thorax. Dans les membres supérieurs, le même contraste se reproduit, qui avait déjà caractérisé les membres inférieurs; de même que le pied était à peu près normal, la main est normale; de même que la jambe était enveloppée d'une épaisse gaîne de graisse, le bras est très volumineux pour la même cause. En regard de ces bras et de ces jambes gonflés et obèses, on peut opposer l'aspect du visage. Il est maigre. C'est là en vérité une obésité curieuse, celle qui respecte certains territoires cutanés pour en envahir d'autres. Et en effet, il ne s'agit pas d'obésité.

La palpation permet bien de reconnaître et de dissocier sous la peau un certain nombre de lobules graisseux circonscrits et comme entourés d'une enveoppe fibreuse; mais en d'autres points la graisse estl diffuse et ne se laisse pas ramasser de la sorte. Ces sensations diverses caractérisent une des formes de la maladie de Dercum. Celle-ci se traduit : 1° par une lipomatose diffuse généralisée; 2° par une lipomatose diffuse et localisée; 3° par une lipomatose lobulée et qui fait ressembler le mal à des lipômes diffus.

Dans le cas présent, c'est à la fois une lipomatose lobulée et une lipomatose diffuse qu'on rencontre; c'est une forme intermédiaire entre deux groupes voisins.

L'adipose toutefois ne suffit pas pour constituer la maladie de Dercum. D'autres symptômes entrent en jeu. D'abord cette adipose est douloureuse; des douleurs spontanées la précèdent. L'hypertrophie ne vient qu'après. Ces douleurs se traduisent par des sensations contusives ou de brûlure, elles s'accom-

Digitized by Google

pagnent parfois de poussées d'œdème. Peu à peu, les souffrances s'atténuent et disparaissent. La malade ne les ressent plus spontanément, elle n'en souffre plus que d'une façon provoquée quand on comprime les tissus en surface ou en profondeur. Les petits mouvements s'exécutent facilement ; il n'en est pas de même des mouvements plus étendus, comme ceux que nécessite la marche. Celle-ci est vite arrêtée ; dès que la malade se tient debout et essaie d'avancer, le retour de la souffrance lui barre la voie.

Le repos agit en sens inverse : il calme les douleurs et retarde leur apparition. M. Ballet fait observer qu'on ne saurait trouver l'explication de ces douleurs dans des troubles objectifs de sensibilité. Elle est normale, et les faits sont rares où l'on a noté quelques faibles altérations de la sensibilité.

Les membres de la malade sont œdématiés, ils présentent aujourd'hui cet œdème d'une façon définitive, alors qu'au début il n'apparaissait qu'à l'occasion des crises. Bien que cette femme laisse entendre un léger souffle systolique au cœur, l'organe fonctionne bien. Il n'existe pas de signes d'insuffisance cardiaque. D'autre part, cet œdème n'offre pas les caractères de l'œdème cardiaque : il s'épaissit, peu à peu la marque du doigt y pénètre moins et des masses graisseuses viennent infiltrer son épaisseur. La malade de M. Ballet est la première qui présente un œdème aussi manifeste des extrémités. Quelques autres phénomènes achèvent de dessiner son affection.

La sensation de fatigue est à la source du moindre effort ; cette pauvre femme ne peut rien faire, elle est impuissante à gagner sa vie. En outre, des phénomènes mentaux, dans le genre de ceux qui ont déjà été signalés dans d'autres cas, troublent ses facultés. Le caractère est triste, irritable, avec une certaine tendance à la dépression mélancolique. A son entrée, c'était l'agitation et la confusion mentale qui dominaient. La malade criait, se promenait la nuit, tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre, essaya de s'asphyxier un autre jour.

A côté des signes présentés par la malade, il en est qu'on a retrouvés dans d'autres cas, mais qui font défaut ici. Des hémorrhagies peuvent se produire (épistaxis, hématémèses, métrorrhagies). Des arthropathies d'aspect rhumatismal, des troubles vaso-moteurs de la peau (cyanose), de la sclérodermie, des marques de sénilité précoce ont été observés.

Le diagnostic sera surtout fait par élimination. On écartera l'obésité courante qui atteint tout le corps et ne se limitant pas comme l'adipose douloureuse, à certains territoires, ne s'accompagne pas non plus comme elle, des troubles de sensibilité que nous avons décrits. Le myxœdème qu'on avait tout d'abord rapproché de l'adipose s'en distingue par de nombreux caractères ; c'est surtout la face dans le myxœdème qui est compacte et bouffie. Ici elle est indemne. En outre, la torpeur cérébrale du myxœdème disparaît avec le traitement. Rien de tel dans le cas présent ; les troubles cérébraux durent en dépit de la médication.

Le trophœdème est une sorte d'œdème trophique décrit il y a quelques mois. L'empreinte des doigts reste, la topographie est souvent unilatérale, le contraste n'existe pas entre les dimensions de la jambe qui sont énormes et le volume du pied qui est normal. La pression profonde donne une sensation de dureté et non de mollesse particulière au tissu graisseux.

L'étiologie du mal est très obscure. On a incriminé l'alcoolisme, la syphilis. Ils n'existent pas chez cette malade. D'autres fois, on trouve un traumatisme à l'origine de l'affection. L'hérédité nerveuse se retrouve parfois : à noter que cette femme a un fils de 26 ans atteint d'encéphalite diffuse. C'est une maladie de femmes; entre les observations publiées, une seule a trait à un homme. L'âge avancé est un facteur de prédisposition : tous les malades appartiennent à l'âge adulte ou à la vieillesse.

On a beaucoup discuté sur la nature de l'adipose douloureuse. La constance des douleurs indique une atteinte nerveuse. Dercum avait trouvé de la névrite interstitielle. S'agirait-il d'une polynévrite? En pareil cas, les troubles constatés pourraient être rattachés à une origine trophique. L'adipose est un phénomène constaté à la suite de la contracture des membres, de la sciatique. Pareille altération nerveuse est susceptible d'expliquer d'autres désordres : les troubles vaso-moteurs, la sclérodermie, les arthropathies. Seulement, la difficulté ne serait que reculée. On dirait : la maladie de Dercum est provoquée par une névrite. Alors, d'où vient la névrite? L'alcoolisme est peu probable, d'ailleurs les polynévrites alcooliques affectent une allure différente.

Faut-il songer à une intoxication d'un autre ordre? Une origine thyroïdienne peut-elle être invoquée? Chez les basedowiens, l'adipose douloureuse rentre dans la classe des symptômes décrits. Dercum qui pensait à une intoxication thyroïdienne avait bien trouvé une calcification et une distension des alvéoles de la thyroïde par une matière colloïde. Pareille lésion n'offre pas grande signification. On la retrouve à l'état normal.

Quant au traitement, on assure que le traitement thyroïdien aurait fourni de bons effets. On pourra l'essayer sans toutefois se faire trop d'illusion. Les résultats sont inconstants. On usera des médications contre la douleur à l'effet de faire prendre patience à la malade. Celle-ci n'en continuera pas moins son intoxication progressive et continue, qui s'accentuera sans doute jusqu'à la mort.

Digitized by Google

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

La loi sur le service de deux ans

L'application de la loi sur le service de deux ans en traîne, si elle prétend ne pas dégarnir les cadres de l'armée, un inconvénient fort grave au point de vue de la santé générale des troupes. M. le Dr Lowenthal a insisté sur ce sujet en faisant valoir le danger qui résulterait de l'incorporation qu'on propose de 6.000 hommes du service auxiliaire dans le service actif. Dans la *Revue Scientifique* du 12 juillet, il montre que pareil essai avait déjà été tenté en 1895, par le général Mercier. Du coup la morbidité générale et la mortalité augmentèrent. Une épidémie de grippe qui régnait, trouvant des organismes en moindre résistance, sévit avec une gravité qui ne pardonnait pas. De nombreux décès furent enregistrés. A côté de la grippe, il faut compter la tuberculose. A aucun moment le nombre de tuberculeux ne fut aussi fréquent que dans cette année, les victimes se recrutèrent presque exclusivement parmi les malheureux qui avaient été versés dans l'armée active sous la rubrique : bons avec infirmités. Ceux qui ne mouraient pas étaient réformés. L'année 1895 qui vit la tentative du général Mercier compte aussi le chiffre le plus élevé de congés pour réforme. Tel est le résultat de l'expérience. Il n'est pas brillant. On propose de le rééditer aujourd'hui. Cette incorporation des services auxiliaires dans l'armée active ramènera forcément les tristes conséquences qui s'étaient imposées il y a 7 ans. M. Lowenthal conclut à la nécessité d'une réforme : versés dans l'armée, ces services auxiliaires y joueront un rôle de décomposition. On maintiendra donc à leur sujet les dispositions actuelles ; ils resteront écartés des services actifs et puisqu'il faut 6.000 hommes pour compléter les cadres, on les cherchera ailleurs. Réduisons les cadres européens de notre armée coloniale aux proportions adoptées par l'Angleterre ! Cette mesure nous vaudra un surcroît de troupes, lequel restera affecté à l'effectif de l'armée métropolitaine.

Les observations de M. Lowenthal nous semblent fort justes. Etablies sur des documents précis, elles ne pourront manquer d'attirer l'attention. Ce côté sanitaire de la question n'avait, ce semble, frappé personne. Maintenant que nos confrères sont prévenus, il s'en trouvera, nous l'espérons, bien un à la Chambre pour proposer un amendement en vue de réprimer pareils abus. Comme il s'appuiera sur des considérations d'ordre exclusivement médical, peut-être tous les partis appuieront-ils sa proposition. Ce n'est là toutefois qu'une supposition. La politique s'immisce partout ! Si raisonnable apparaisse un argument exposé par un député, il suffit que ce dernier appartienne à un parti pour que tous les orateurs du parti adverse se dressent et harcèlent l'orateur de leurs invectives. Pareille étroitesse de vues constitue une des habitudes les plus chères à nos assemblées délibérantes.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les eaux dentifrices. — De nombreux industriels recommandent leurs eaux dentifrices comme antiseptiques et désinfectants. Pelnar a fait au laboratoire du Dr Hlava (à Prague), des recherches qui ont prouvé l'inanité de cette assertion (*Wiener Klin. Rundschau*). Les solutions qu'il a employées étaient en moyenne à 6 pour cent ; plus concentrées elles provoquaient de la cuisson dans la bouche. A ce titre, et même plus concentrées, elles ne diminuaient pas le nombre des colonies microbiennes contenues dans le produit de râclage de la langue et de l'amygdale ; le gargarisme prolongé pendant un quart d'heure n'a pas donné plus de succès. Des cultures de pyocyanique, du choléra, de staphylocoque doré, de diphtérique, de prodigiosus, résistèrent à l'action prolongée de ces eaux. Du bouillon additionné de ces produits se putréfiait rapidement et on y trouva de nombreux proteus. Sauf leur goût agréable et leur parfum, les eaux et élixirs dentifrices ne jouissent pas d'autres propriétés antiseptiques que de l'eau légèrement alcoolisée. Leurs qualités ne justifient pas leur prix élevé. — Bd.

La nutrition des arthritiques. — De Renzi publie des statistiques fort intéressantes qui prouvent deux choses : la nutrition reste parfaite chez les arthritiques et le poids de leur corps reste stationnaire avec une quantité d'aliments parcimonieuse ou même insuffisante ; des légumes verts quoique pauvres en calories, suffisent pour l'entretien du poids de ces malades. Ces recherches furent faites depuis 1881 jusqu'en 1900 sur des diabétiques, sur des uricémiques ou des goutteux, sur des oxaluriques, etc. Des diabétiques reçurent cinq potages aux herbes, 300 grammes de viande, cinq œufs et 500 grammes de vin, soit 1.104 calories : malgré la perte d'un certain nombre de calories par la glucosurie, ils augmentèrent de poids. (*Klin. therap. Wochensch.*)

En regard de ces faits, Renzi vit des tuberculeux maigrir malgré l'abondance des aliments ingérés et digérés : il en vit qui recevaient 3.000 à 3.500 calories et qui n'augmentèrent pas de poids.

Ces recherches confirment notre façon classique d'envisager les arthritiques comme des ralentis de la nutrition ; ils justifient l'opinion de A. Robin de considérer les tuberculeux comme des accélérés de la nutrition. — Bd.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Les paralysies hystéro-alcooliques du membre supérieur. — Ces paralysies sont assez peu connues. Les malades frappés peuvent être des hommes vigoureux, mais entachés d'alcoolisme. L'apparition de la paralysie se manifeste assez brusquement d'ordinaire ; le degré de l'impotence motrice est variable, certains malades étaient incapables de fléchir ou d'étendre les doigts et la main ; d'autres, moins éprouvés, n'éprouvant qu'une gêne laborieuse dans les mouvements. Les troubles anesthésiques affectent la disposition en manchette et remontent jusqu'au coude ou au milieu du bras ; il existe de l'analgésie concomitante et un affaiblissement très marqué de la sensibilité de la peau aux courants faradiques. La guérison est rapide. M. Gaurand qui publie six observations de ce genre recueillies dans le service de M. le Pr Pitres (de Bordeaux), (*Arch. Neurologie*, février 1902), a vu dans les cas récents, les accidents disparaître après une seule séance énergique de faradisation. Ces séances doivent être multipliées et atteindre le chiffre de 3 à 4 quand la maladie dure depuis plusieurs semaines. En résumé : accidents sinon graves, au moins très ennuyeux et d'un pronostic d'ordinaire favorable.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Darier

La médication réductrice en dermatologie

On sait que la kératine de la couche cornée diffère du protoplasma sous-jacent par une quantité de soufre plus considérable et par une quantité moindre d'oxygène. Cette notion est fort utile au praticien. S'agit-il de refaire de la substance cornée ? Il prescrira comme topiques ce qu'on appelle des médicaments réducteurs, c'est-à-dire des corps avides d'oxygène, puisque la substance cornée renferme moins d'oxygène que le derme. Elle contient par contre plus de soufre ; c'est pourquoi les premiers des médicaments réducteurs seront *les composés sulfureux*. Ils absorberont l'oxygène et fourniront le soufre. Cette double action les rend kérato-plastiques au premier chef, c'est-à dire susceptibles de faire de l'épiderme corné. Leur action ne s'arrête pas à ce rôle réducteur. Ils sont aussi antiparasitaires et antiseptiques ; ils sont encore irritants et cette dernière propriété doit les faire manier avec prudence dans certaines circonstances.

Le praticien pourra user du soufre précipité ; en contact avec la peau, il se transforme en sulfure, Une pommade de 5 à 10 °/o de soufre, des lotions sulfureuses (de 1 à 2 °/o) lui rendront service dans le traitement du pityriasis, de la gale, etc.

S'il est besoin de réducteurs plus actifs, *l'acide pyrogallique* sera indiquée (1 à 5 0/0) en pommade, solution éthérée, collodion. Comme il ne peut être employé sur de larges surfaces, crainte d'absorption et d'accidents de cyanose consécutifs à sa pénétration dans le sang, on pourra le remplacer par l'*acide chrysophanique* extrait de la poudre de Goa ; c'est un remède moins dangereux que l'acide pyrogallique (doses 3 à 6 °/o en pommade). En Allemagne on use encore de la *chrysarobine*, celle-ci est également tirée de la poudre de Goa et se transforme par oxydation en acide chrysophanique.

Rentrent dans la même classe de réducteurs les *goudrons* qui sont, outre leur rôle réducteur, des kératoplastiques, des anticongestifs, des résolutifs, des antiprurigineux, des antiseptiques. Il existe deux sortes de goudrons: 1° le goudron de bois qui est acide ; il compte différents produits dont un des plus employés est l'huile de cade ; 2° le goudron minéral qui est alcalin. Il peut être incorporé à des pâtes, pommades, glycérolés. Quand on use de cette dernière préparation (glycérolé), le mélange se fait mal. Le praticien devra prescrire une émulsion avec 2 °/o de savon noir ou d'extrait de panama. M. Darier prescrit souvent une teinture de goudron ainsi composée :

Goudron de houille.....	10 grammes
Benzol.....	20 —
Acétone.....	70 —

En badigeonnage sur le psoriasis. Une couche de pâte d'oxyde de zinc sera appliquée par dessus.

L'*ichtyol* est un sulfo-ichtyolate d'ammoniaque. M. Darier le considère comme le meilleur médicament de la dermatologie (10 °/o en pommade, en poudre, ichtyol 1 poudre d'amidon 30). On peut s'en servir en badigeonnages et l'employer à l'état de pureté contre l'érysipèle.

La *résorcine* à dose faible est un réducteur léger (à 1 °/o); en solution forte, (à 10 °/o), c'est un décapant ; elle pèle la peau. On peut l'utiliser pour déraper les séborrhées ou l'acnée :

Résorcine..... } Aà	10 grammes
Soufre..... }	
Teinture de savon noir au 1/5	30 —

Badigeonner le soir. Une douleur modérée, une certaine tension est ressentie à l'endroit du badigeonnage. Le lendemain la peau commence à se détacher.

Enfin parmi les agents réducteurs peuvent encore se ranger les *mercuriaux*, le calomel (pommade 10°/o), l'emplâtre de Vigo si utile contre le lichen et les eczémas lichenoïdes. Les mercuriaux sont surtout utilisés comme antiprurigineux et antiparasitaires. On peut grouper à côté d'eux et avec une action un peu moindre les naphtols (naphtol β à 10 °/o en pommade).

Il n'est point indispensable du reste qu'un médicament soit réducteur pour exercer une action kérato-plastique. Le camphre, l'alcool camphré ne sont pas réducteurs et favorisent la cicatrisation des plaies; de même l'acide picrique bien employé dans les brûlures aux doses de 1 °/o, loin d'être un réducteur, est au contraire un oxydant énergique.

TOXICOLOGIE

Un mode d'intoxication saturnine. — L'introduction du plomb à doses massives dans l'organisme avait d'abord été conseillée dans un but thérapeutique. Van Helmont prônait l'emploi des grains de plomb dans le volvulus. On est bien vite revenu de cette

Digitized by Google

erreur qui exposait à des accidents graves. M. le Dr Augustin Mabit (*Th. Paris*, 1902) cite plusieurs observations où dans le but de soulager leurs souffrances, des malades absorbèrent soit des grains, soit des balles de plomb. Les signes d'intoxication survinrent alors que les malades, se trouvant pris de dégoût pour ce qu'ils mangeaient, avaient essayé de réveiller leur appétit en ajoutant du vinaigre à leurs aliments. Le vinaigre a en effet pour action de transformer le plomb en sel soluble. L'eau elle-même attaque le plomb, surtout quand elle est pauvre en sels calcaires et riche en acide carbonique. Acidulée faiblement par l'acide chlorhydrique, le même résultat se produit. Le métal s'absorbe à l'état d'albuminate et de chlorure. De ces combinaisons, il ne se dégage que lentement pour s'éliminer petit à petit par la bile et les urines. Ce n'est pas sans doute la transformation du plomb en composés de cet ordre, qui explique les cas rares, il est vrai, mais si curieux d'intoxication amenés par le plomb séjournant dans l'épaisseur des tissus. Dans ces cas il se produit peut-être simplement une désagrégation poussiéreuse du métal.

M. Mabit relate une observation inédite de troubles qu'il rattache à une pareille cause. Un homme âgé de 53 ans, avait reçu en 1870 une balle dans le cou, celle-ci étant allée se fixer en arrière de l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. En 1872, le malade devint très anémique, puis il éprouva des douleurs abdominales violentes apparaissant après les repas et accompagnées de vomissements alimentaires qui mettaient fin à la douleur. Ces crises duraient 24 ou 48 heures et apparaissaient tous les 10 ou 15 jours avec les mêmes caractères et cela pendant 4 ans. En même temps se produisirent des accès de goutte. Le malade ne présentait pas de liséré saturnin, l'urine ne renfermait pas de plomb. L'auteur pense néanmoins à des accidents saturnins anormaux. Il rappelle que Manouvriez a vu manquer 4 fois le liséré des gencives sur 50 cas de saturnisme professionnel. D'autre part, la recherche du plomb dans les urines est fort délicate; un examen négatif ne prouve rien, le plomb étant éliminé en très petite quantité par les reins. Une autre observation que publie M. Mabit, et qui est due à Knester, est plus démonstrative. Une balle ayant pénétré dans le tibia d'un soldat en 1870, celui-ci commença de souffrir 18 ans plus tard (coliques, anémie, tremblement, liséré bleuâtre des gencives). On dut creuser un canal dans le sens de la balle, au niveau du cartilage épiphysaire du tibia, lequel était épaissi et montrait une nodosité du côté interne. L'os était criblé de petites masses d'un bleu noirâtre. Une troisième observation due au Dr Brouwin signale des accidents de saturnisme évidents (coliques, liséré gingival) à la suite d'une plaie de la main par du plomb de chasse. Deux mois après l'accident les coliques apparurent. C'est tôt si l'on se rappelle que chez le malade précédent elles ont tardé dix-huit ans. Le seul traitement consiste dans l'extraction des plombs toxiques.

PÉDIATRIE

L'intoxication saturnine chez l'enfant. — L'intoxication saturnine chez l'enfant peut être héréditaire ou acquise. Paul Constantin avait étudié la question en 1860 (*Arch. gén. de Méd.*), et montré la grande fréquence de la mortalité chez les enfants nés de saturnins. Ganyaire (*Th. Paris*, 1901), cherchant dans cette intoxication infantile la part de responsabilité des parents avait conclu que l'influence du saturnisme maternel est beaucoup plus marquée que celle du saturnisme paternel. En outre l'influence du saturnisme de l'un des ascendants était d'autant plus manifeste que l'intoxication était plus prononcée chez lui. Si tous deux, le père et la mère, étaient entachés, l'intoxication fœtale était plus accusée. Les expériences de Porak, en 1894, avaient donné la raison de ces accidents (*Arch. de Méd. expér.*) : après avoir artificiellement intoxiqué des cobayes femelles, il avait constaté que le plomb passe constamment à travers le placenta et se diffuse davantage chez le fœtus que chez la mère. L'enfant réagit de différentes manières vis-à-vis de cette intoxication : ou il meurt tout de suite, ou il présente des troubles nerveux, épilepsie, idiotie, imbécillité, convulsions, au cours de son développement.

M. le Dr Dufour-Labastide vient de consacrer un important travail d'ensemble à l'intoxication saturnine chez l'enfant (*Th. Paris*, 1902). Le jeune âge ne semble pas prédisposer aux atteintes du poison, comme cela avait été écrit. Les enfants employés dans les diverses professions où l'on travaille le plomb ne contractent pas la colique avec plus de acilité que les adultes. En se basant sur l'étude des tatistiques, M. Dufour-Labastide conclut au contraire à la susceptibilité moins grande de l'enfant, 'intégrité des organes d'élimination et l'activité plus grande de la sécrétion urinaire dans le jeune âge expliquant peut-être cette différence.

Dans les causes on en relève plusieurs qui intéresent particulièrement le praticien :

Le lait de la nourrice peut être intoxiqué par l'abus que celle-ci fait de topiques divers : fards sur le visage, cosmétique à la litharge, teinture pour les cheveux. Le lait peut aussi emprunter le toxique aux préparations plombiques appliquée sur les mamelons de la nourrice (solution concentrée d'acétate de

Digitized by Google

plomb contre les gerçures du sein). Enfin les biberons peuvent aussi causer des accidents par leurs bouts en plomb ou en caoutchouc vulcanisé plombifère.

Signalons encore l'eau intoxiquée par son séjour dans des réservoirs de plomb au contact de l'air, ou dans des poteries vernies au plomb. L'eau de pluie recueillie sur des toits zingués ou plombés est également dangereuse. De même parfois les eaux-de-vie, l'eau de fleurs d'oranger, les sirops, etc., les fabricants se servant de litharge pour frelater ou adoucir certains de ces liquides. Variot a signalé l'usage nocif des gobelets d'étain plombifère. L'étamage des casseroles, la falsification du beurre, des bonbons, etc., (cuivre, chromate de plomb), ont aussi causé nombre d'accidents. Dans d'autres cas, c'est le séjour dans un appartement fraîchement peint à la céruse, l'usage de chaussures à cuir intérieur blanchi au plomb, le jeu avec des objets colorés au plomb, qui sont responsables. Les causes sont multiples : une fois le diagnostic du saturnisme posé, ce sera à la perspicacité du praticien de démêler laquelle est en jeu.

L'empoisonnement aigu se traduit par des signes d'irritation locale (brûlure dans la gorge et œsophage, douleurs au creux de l'estomac) avec vomissements et coliques. La rétraction des parois abdominales est souvent marquée. Quelquefois il y a de la constipation, plus souvent des selles liquides, noirâtres (sulfure de plomb formé dans l'intestin). Le liseré gingival manque souvent, la marche de l'intoxication étant trop rapide. Les convulsions sont fréquentes et l'état général est précaire.

Dans l'intoxication chronique, les troubles dyspeptiques dominent (bouche pâteuse, haleine fétide, inappétence, nausées), de même les coliques, la constipation, les vomissements. La rétraction du foie existe assez rarement ; parfois même on a noté une augmentation de volume. La teinte subictérique du visage a été observée.

Le liseré gingival, assez fréquemment rencontré, peut faire défaut, et Putnam attribue cette absence au manque de tartre dentaire, ce dernier n'existant guère dans le jeune âge. Dans des cas rares, il se produit à la face interne des joues, en face des petites et des grosses molaires, des plaques analogues comme couleur au liseré plombique. On a même enregistré l'existence de gingivites chez l'enfant.

Pour les phénomènes nerveux, les convulsions sont plus rares que dans l'empoisonnement aigu, bien qu'elles constituent le seul symptôme. La forme délirante et comateuse de l'encéphalopathie sont rares chez l'enfant.

Les accidents paralytiques se manifestent généralement dans le cours d'une intoxication chronique qui a déjà déterminé des troubles gastro-intestinaux. Dans deux cas cependant M. Dufour-Labastide les a trouvés comme premier symptôme de l'intoxication. Des douleurs dans les jambes, un mouvement fébrile peuvent faire cortège. La disparition des réflexes tendineux est habituelle, et l'on observe la réaction de dégénérescence. La paralysie commence d'ordinaire par les membres inférieurs, elle est bi-latérale et symétrique ; mais il est rare que les membres supérieurs restent indemnes. Le plus souvent ils sont pris après un intervalle qui peut tarder plusieurs mois. La paralysie des extrémités supérieures est d'ordinaire moins intense que celle des membres inférieurs. On y trouve le type anti-brachial, le type Aran-Duchenne atténués, tandis que la paralysie des membres inférieurs est d'ordinaire localisée dans les péroniers, les extenseurs, alors que le jambier antérieur commun des orteils et l'extérieur propre du gros orteil, les muscles de la région postérieure demeurent indemnes.

L'atrophie est habituelle ; elle peut être suivie dans les membres inférieurs de tendance à la déformation du membre. On a observé des tremblements aux membres supérieurs et inférieurs. Les troubles de la sensibilité consistent en hyperesthésie, arthralgies, douleurs. L'anesthésie et l'analgésie manquent d'ordinaire chez les enfants.

Du côté de la vision on a noté des troubles de l'accommodation, de la mydriase, de la névrite optique avec atrophie papillaire, une ophtalmoplégie externe, de la diplopie. Les sphincters fonctionnent d'ordinaire normalement, néanmoins, deux petits malades ont présenté de la paralysie de la vessie et des difficultés de la miction. Comme dernier signe, notons le mauvais état général de l'enfant et l'anémie externe dont il est atteint.

Le pronostic, réservé dans les empoisonnements aigus, est généralement favorable dans l'empoisonnement chronique. La paralysie des membres supérieurs qui apparaît la dernière, est la première à disparaître. Au contraire, la paralysie des extrémités inférieures peut être tenace et mettre des années à guérir.

Le liseré gingival sera le meilleur signe qui mettra sur la voie du diagnostic ; la constatation du plomb dans l'urine, les coliques, la paralysie sont un ensemble qui permettra de se prononcer pour le saturnisme,

Le traitement consiste à laver l'estomac avec une solution d'acide sulfurique à 2/1000 ; on administrera en outre du sulfate de soude ou de magnésie pour transformer les sels de plomb en sulfate de plomb insolubles. Cela pour l'empoisonnement aigu.

Dans l'empoisonnement chronique, on recourra par intervalles à la médication iodurée, qu'on suspendra ensuite, l'iodure n'ayant plus, au bout de quelques jours, qu'une action éliminatoire insigni-

Digitized by Google

fiante. Le miel soufré, les bains sulfureux rendront des services. On combattra l'anémie par les toniques, les paralysies par l'électrisation et les courants continus. On prescrira en outre beaucoup de lait, des aliments riches en phosphore et le repos.

Inutile d'ajouter que la condition la plus importante de la guérison est l'éloignement de la cause qui a donné naissance à l'intoxication.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement utérin des paramétrites aiguës. — L'infection partie de l'utérus peut s'étendre par trois voies différentes : la voie de contact, envahissement des trompes, pelvipéritonite; — la voie sanguine, septicémie suraiguë, phlébite des veines des ligaments larges ; — la voie lymphatique, lymphangite pelvienne, adénite, périadénite, inflammation du tissu cellulaire périutérin. Le plus souvent il y a coïncidence des diverses lésions, les trompes, le péritoine, les veines, le tissu cellulaire étant simultanément envahis. Cependant, il est des cas où l'infection semble suivre une voie déterminée à l'exclusion des autres, et aboutit à des lésions systématisées qui paraissent résumer toute la complication extra-utérine. On peut ainsi admettre une inflammation aiguë, lymphangitique, du tissu cellulaire périutérin ne s'accompagnant ni de péritonite, ni de salpingite appréciables : la paramétrite ou périmétrite, ou cellulite aiguë proprement dite, se présentant elle-même sous deux aspects : la paramétrite séreuse et la paramétrite suppurée (soit abcès collecté, soit phlegmon du ligament large). Cette distinction est loin d'être purement spéculative, car il importe, au point de vue du diagnostic et par conséquent du traitement, de savoir reconnaître dans une infection périutérine s'il y a pelvipéritonite, salpingite avec poche énucléable, cellulite enkystée sans poche ou cellulite diffuse, et dans les cas complexes de faire la part exacte qui revient à chacune de ces lésions. Si nous envisageons ici uniquement les paramétrites aiguës, nous voyons qu'elles se caractérisent par les symptômes suivants :

Dans le cas de paramétrite séreuse, les femmes se plaignent d'une recrudescence de leurs malaises généraux habituels, sans qu'il y ait un état fébrile marqué. Le toucher révèle une sensibilité des culs-de-sac pouvant aller jusqu'à une douleur très vive et localisée ; il peut y avoir un empâtement général. Au bout de quelques jours cet empâtement se résorbe, laissant généralement percevoir plusieurs noyaux dans les culs-de-sac postérieur ou latéraux, noyaux assez douloureux, donnant la sensation de ganglions arrondis et subissant des changements très rapides. La marche de ces noyaux d'œdème et de ces collections séreuses est capricieuse et intermittente; il y a une grande tendance à la récidive, aucune à la suppuration.

Dans le cas de paramétrite suppurée, enkystée, encore appelée abcès pelvi-pariétal sans poche énucléable, la douleur spontanée est beaucoup plus accusée ; la fièvre s'élève de préférence à type rémittent avec exacerbations vespérales; il y a des troubles de voisinage du côté du rectum (constipation, tenesme) de la vessie (dysurie, mictions impérieuses). Localement l'utérus apparaît immobile et « comme emprisonné dans une coulée de matière plastique, qui n'est autre que l'œdème inflammatoire intense qui a infiltré la totalité du tissu cellulaire voisin ». Au bout de quelques jours l'œdème diminue et démasque une tumeur lisse, régulière, douloureuse, chaude, animée de battements artériels, rarement fluctuante, le plus souvent dure, enfin adhérente d'une part à l'utérus qu'elle dévie sur le côté, et dont elle est séparée par un sillon plus dépressible, d'autre part aux parois du bassin. Après une période de rémission plus ou moins longue, l'abcès enkysté tendra vers l'évacuation spontanée dans le vagin ou le rectum.

Dans le cas de paramétrite suppurée diffuse, ou phlegmon du ligament large, la douleur locale, le grand frisson, la fièvre ouvrent la scène; bientôt l'altération des traits, montre qu'il s'agit d'une grave infection ; l'examen local révèle comme dans le cas précédent l'empâtement général des culs-de-sac avec prédominance fréquente en une masse latérale. Si l'infection poursuit son chemin, la courbe thermique prend le type à grandes oscillations; on a le « vagin en carton », la main abdominale perçoit au-dessus de l'arcade crurale un plastron plus ou moins net. L'ouverture spontanée se fera, si la malade peut faire les frais d'une longue suppuration, dans le vagin, le rectum, le cœcum, la vessie, le péritoine.

Le traitement classique qui s'applique aux trois formes de paramétrite consiste à modérer l'intensité de l'inflammation par le repos absolu, des douches vaginales chaudes prolongées, les évacuations sanguines locales, l'opium à l'intérieur, des lavements rectaux deux fois par jour à 44° ou 48° (le corps de l'utérus y baigne tout entier, et ce bain prolongé contribue puissamment à la résorption des exsudats paramétriques). On attend la suppuration et quand le pus est collecté, le chirurgien intervient. Telle est la ligne de conduite que l'on tient le plus ordinairement. N'est-il pas cependant possible d'agir plus efficacement, en assurant directement l'antisepsie de l'utérus infecté de même que le premier soin en cas de lymphangite et adénite d'un membre est de panser la plaie par où s'est faite l'infection ? Les avis

Digitized by Google

semblent partagés. Les uns considèrent le traitement utérin comme produisant un traumatisme qui ne peut qu'être funeste en mobilisant plus ou moins l'utérus, en produisant des congestions réflexes, en faisant des plaies superficielles sur la muqueuse utérine par où les germes pathogènes pénètreront avec encore plus de facilité. Les autres au contraire affirment faire disparaître rapidement les poussées aiguës au moyen d'un traitement énergique, curettage et injections (ce qui du reste peut être invoqué à l'appui de l'origine lymphatique des accidents périmétriques). Il n'est peut-être pas toujours indispensable de faire le curettage, mais il est toujours indiqué de faire une large dilatation de préférence progressive avec des laminaires, le large drainage de l'utérus étant le premier temps et le temps essentiel du traitement antiseptique. C'est à la seconde opinion que se rallie M. L. Ménard (*Thèse de Paris*, 1901), qui préconise dans les paramétrites non suppurées, le traitement par la dilatation de l'utérus, les injections intra-utérines très chaudes et les lavements chauds.

R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le képhir. — Le képhir est un remède qui, dans les campagnes surtout, semble encore assez peu répandu. Pourquoi cette absence de vogue? C'est là une boisson fort précieuse, et dans certains cas où le lait ne peut être supporté, qui rend des services de premier ordre. Nous avons vu des malades répugnant absolument à l'absorption d'une tasse de lait et avalant sans peine deux bouteilles de képhir pendant plusieurs semaines. Dans la dyspnée toxi-alimentaire, dans les cardiopathies artérielles, alors que le lait pur n'est pas toléré, M. Huchard prescrit le képhir et avec succès.

On sait que le képhir est une boisson acidulée, mousseuse, constituée par du lait de vache qui a subi une fermentation spéciale sous l'action de grains jaunâtres irréguliers. Ces grains qui se gonflent dans l'eau et le lait sont constitués par des cellules de levure et par des bâtonnets dont l'agglomération forme un véritable feutrage.

Selon le degré de fermentation qu'il présente, on compte trois sortes de képhir. Le képhir n° 1, obtenu après 24 heures, a une action légèrement laxative, il renferme 0,6 0/0 d'alcol ; le képhir n° 2, a fermenté pendant deux jours, il offre parfois l'inconvénient de déterminer encore de la diarrhée et nous avons dû, auprès d'un malade, le remplacer par le képhir n° 3, lequel est légèrement constipant et renferme environ 0,9 0/0 d'alcool. C'est d'ordinaire le képhir n° 2 qui est ordonné.

M. le Dr Henry Duprat qui vient de faire une étude complète du képhir (*Th. Paris*, 1902), recommande également le képhir préparé à l'aide du lait de chèvre, ce dernier offrant l'avantage de pouvoir se passer de l'ébullition, puisque la chèvre ne contracte jamais la tuberculose. Un inconvénient toutefois du képhir de chèvre est dans son odeur. Les malades ne l'acceptent pas volontiers.

Le képhir doit une partie de ses propriétés à l'acide lactique qu'il contient. Il exerce de ce fait à la fois une action antiseptique et antitoxique, et même diurétique, l'acide lactique, pour Podwyssotsky, étant un diurétique de valeur. Et ses effets ne s'arrêtent pas là. Les travaux de Paulow et de ses élèves assignent aux acides en général le rôle d'actifs stimulants de la sécrétion pancréatique. Le képhir agirait dans ce sens.

A côté de l'acide lactique, le képhir renferme de l'alcool, ce dernier trop dilué pour exercer une action nocive. Par contre, dans les cas de faiblesse générale, d'asthénie nerveuse et musculaire, ces légères doses d'alcool ramèneront les forces. Elles seront utiles dans les cas de cardiopathies artérielles aux dernières périodes, alors que le muscle cardiaque fléchit sous la tâche.

En outre, le képhir contient encore de l'acide carbonique; de là son utilité comme anesthésique local dans les malaises gastralgiques des gastronévroses, dans les douleurs du cancer stomacal, dans les vomissements qui accompagnent les dyspnées, et souvent les gastro-entérites des enfants.

Quant aux germes képhiriques eux-mêmes, il est probable, et les bons effets de la levure de bière dans la furonculose semblent en témoigner, que ces germes possèdent également une action locale anti-microbienne, une action générale anti-toxique.

Hayem recommande de commencer par de petites doses, un demi-verre le premier jour, augmenter peu à peu jusqu'à 3 et même 4 bouteilles dans les 24 heures. Chez l'adulte, il est possible le plus souvent de presser davantage les prises. Une bouteille le premier jour, deux bouteilles le second jour sont d'ordinaire facilement tolérées. Il suffit que la boisson soit absorbée lentement, par petites gorgées, de façon à éviter le dégagement trop brusque d'acide carbonique dans l'estomac.

L'action excitante du képhir sur les sucs digestif, non seulement sur le suc pancréatique, mais aussi sur le suc gastrique (augmentation de l'acidité totale, de l'HCl libre, du chlore total (Hayem), le rend particulièrement utile dans les cas de dyspepsie hypochlorhydrique ou d'apepsie. Les cancers de l'estomac s'en trouveront bien. Les maladies de l'intestin se réclameront également de la médication. Les gastro-entérites infantiles, avec diarrhée, selles glaireuses,

Digitized by Google

douleurs abdominales et rechutes fréquentes seront amendées très heureusement par l'usage du même remède. A un enfant de deux mois on donnera, par exemple, toutes les trois heures, tantôt un biberon de képhir (60 gr.), tantôt un biberon de lait. La quantité de képhir chez un enfant de 15 mois était de 250 à 500 gr.; un enfant de 18 mois en absorbait 1,200 gr. (Obs. de M. Duprat).

M. Duprat cite encore une observation d'appendicite où le lait n'étant plus supporté, le képhir fut absorbé avec plaisir.

Dans certaines affections débilitantes, telles que la tuberculose, le képhir sera également prescrit, quand l'estomac des phtisiques surmené par la suralimentation deviendra insuffisant.

En résumé il s'agit là d'un remède fort précieux. Il n'est pas très cher et se vend dans les pharmacies de Paris à raison de 1 fr. la bouteille de 70 centilitres.

CLINIQUE MÉDICALE

Accès périodiques d'excitation survenant chez les hystériques au moment des règles. — Depuis Platon qui compare la matrice des femmes à un animal désirant ardemment engendrer des enfants et s'indignant, s'il n'est pas satisfait, au point de jeter le corps dans des dangers extrêmes, tous les auteurs ont étudié les rapports de l'hystérie avec les maladies des organes sexuels et quelques-uns même ont été jusqu'à dire que l'hystérie prenait toujours sa source dans une affection de l'appareil génital de la femme. Cette manière de voir est le plus souvent dénuée de fondement; un grand nombre de femmes hystériques sont exemptes de toute anomalie du côté des organes génitaux. Cependant il faut bien reconnaître que chez des femmes nettement hystériques, les manifestations aiguës de la névrose peuvent être provoquées ou rappelées non seulement par un état pathologique des organes génitaux mais encore par les processus ordinaires de la vie sexuelle (menstruation, grossesse, puerpéralité). Ces phénomènes purement *physiologiques* doivent donc être rangés au milieu des autres agents *provocateurs* de la névrose sur ce terrain d'hérédité névropathique, tels : les émotions morales, les traumatismes externes ou internes, chirurgicaux ou accidentels, les infections, les intoxications, etc... A l'appui de cette manière de voir nous pouvons citer l'observation résumée suivante, publiée par M. H. Mabille (*Bull. soc. méd. chir. de la Rochelle.*)

Fille nettement hystérique (asymétrie frontale, anesthésie cutanée et sensorielle, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, inversion de la formule des phosphates, etc.) qui présente au moment de ses époques en même temps que de l'hyperesthésie ovarienne, des phénomènes d'excitation caractérisés par des tremblements, des cris, des pleurs, des maux de tête, des propos obscènes, de l'onanisme continuel, et se traduisant même une fois par une attaque convulsive avec spasmes oculaires et perte de connaissance. Cette fille est internée à l'asile de Lafond sous l'accusation de meurtre de son amant, crime qu'elle a du reste facilement avoué. M. H. Mabille qui l'examine au point de vue médico-légal conclut : 1° qu'elle est atteinte d'hystérie et de troubles périodiques et passagers, consistant en excitation se reproduisant principalement au moment des règles, excitation pendant laquelle elle ne semble pas avoir suffisamment conscience de ses actes ; 2° que le crime a été vraisemblablement commis pendant une de ces périodes; 3° qu'il y a lieu de la considérer comme irresponsable et de la maintenir en observation dans un asile d'aliénés.

On voit donc tout l'intérêt qui ressort de pareils faits. D'abord au point de vue purement scientifique il sera tout indiqué de rapporter certaines recrudescences de l'hystérie souvent inexpliquées à des faits d'ordre entièrement physiologique; en second lieu il importe au point de vue médico légal de rechercher si à un moment déterminé une cause provocatrice facile à trouver n'est pas venue rendre irresponsable un individu relativement normal en temps ordinaire ; enfin au point de vue thérapeutique il faudra prévoir les accidents possibles et s'efforcer de les faire avorter ou tout au moins d'en diminuer l'intensité par un traitement approprié, particulièrement appliqué quelques jours avant la crise présumée : dérivation morale, balnéation tiède, nervins, narcotiques, hypnose. — R. B.

Phlébite blennorhagique des membres. — Dès 1868 Vœlker, élève de Demarquay, pensait que, dans quelques circonstances on peut observer, au cours du rhumatisme blennorrhagique, la lésion de la membrane interne des veines, lésion manifestée dans les membres inférieurs par la phlegmatia alba dolens.

Depuis lors, des observations sur ce sujet, sans être très nombreuses, ont été publiées presque chaque année. Récemment M. Caraës (*Th. Paris*) rapportait l'histoire d'une femme de 27 ans entrée dans le service de M. Michaux, à l'hôpital Broussais, pour douleurs de ventre. On constate vaginite et métrite aiguës gonococciques (examen bactériologique) avec de la paramétrite séreuse. Sous l'influence du repos, des injections vaginales chaudes, de la glace sur le ventre, les pertes diminuent, la température tombe à 37° 8 le soir. Un mois et demi après l'entrée à

Digitized by Google

l'hôpital, la malade accuse de la pesanteur qui devient bientôt de la douleur dans le mollet droit, coïncidant avec l'élévation de la température ; l'œdème apparaît d'abord malléolaire puis envahissant tout le membre ; le long de la saphène interne on aperçoit une légère traînée rosée et l'on sent un cordon dur, bosselé. Le diagnostic de phlébite blennorrhagique est posé ; compression ouatée, immobilisation dans une gouttière. Un mois après, le membre est complètement dégonflé ; on sent encore sur le trajet de la veine un cordon légèrement induré ; la malade se lève.

Les symptômes de la phlébite blennorrhagique sont analogues aux symptômes des autres variétés de phlébite non suppurée. Cette complication apparaît de préférence du 15e au 40e jour de l'écoulement et se termine ordinairement par guérison complète au bout de 2 à 3 mois, quelquefois avec persistance d'œdème et de gêne aux mouvements plus ou moins longs. La suppuration de la veine malade n'a jamais été observée ; l'embolie pulmonaire est exceptionnelle ; la guérison obtenue, le malade n'est pas à l'abri des rechutes qui peuvent se produire dans la veine atteinte antérieurement ou dans d'autres veines. En général le pronostic est plutôt bénin.

Les causes prédisposantes sont le sexe : sur 21 cas, 14 fois l'homme a été atteint ; l'âge : entre 18 et 35 ans (ces deux premières causes favorisant surtout l'apparition de la chaudepisse), une maladie antérieure de la veine, phlébite ou varices, les manifestations articulaires qui coïncident fréquemment avec l'inflammation veineuse. Quant à l'agent direct de la phlébite, il est évidemment microbien. Mais est-ce le gonocoque lui-même, ou un microbe d'infection secondaire, ou encore s'agit-il seulement de toxines microbiennes ? On ne peut actuellement adopter de conclusions fermes quoique dans deux cas Tédenat ait trouvé le gonocoque dans la veine enflammée.

Le traitement de la phlébite blennorrhagique comprendra deux parties : le traitement de l'affection veineuse qui n'offre rien de particulier ; le traitement de la maladie causale par la médication externe (injections) ou interne (balsamiques). — R. B.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Curios simulant, et in bacchanalia vivunt.

Une mauvaise action — Que se passe-t-il dans l'esprit de nos voisins, les Allemands, et quelle est leur mentalité ? Depuis longtemps ils ne nous avaient pas déclaré, ou ils ne s'étaient pas fait déclarer la guerre, et actuellement ils deviennent très belliqueux dans le camp médical.

Il y a quelques mois, l'un de nos amis nous racontait le fait suivant : Il avait écrit, à l'occasion de son jubilé, une lettre fort aimable à l'un des savants de ce pays qu'il connaissait particulièrement. Pas de réponse ! Seconde lettre avec l'expression amicale de ses regrets de n'avoir pu, pour cause de santé, assister à cette cérémonie. Pas de réponse toujours ! Cette impolitesse n'est rien, puisqu'elle n'est que personnelle. Mais, voici un fait beaucoup plus grave, puisqu'il calomnie odieusement tout le corps médical français, et que dans l'article suivant que *nous soumettons au jugement impartial de nos confrères français et étrangers*, domine un mauvais sentiment, la haine — ou peut être un autre encore... — que ne devraient connaître ni partager les savants des divers pays.

Dans son numéro du 1er juillet 1902, un journal allemand (*Münchener medicinische Wochenschrift*) se fait adresser de Paris une lettre sans doute fabriquée à Munich, avec le sous titre à sensation : *Krebsschaeden im ærztlichen Stand in Frankreich* (hideuse plaie dans la profession médicale en France).

Voici un extrait de cet article :

« Dernièrement, le docteur Garnault, convaincu, contrairement à Koch, que la tuberculose bovine est transmissible à l'homme, s'est inoculé dans l'avant-bras des particules de glandes tuberculisées prélevées sur une vache infectée. En même temps qu'il pratiquait cette expérience, il émettait un livre volumineux où il attaquait les théories médicales de Koch et ses procédés de tirer argent de ses découvertes. Nous conseillons à M. Garnault moins de sévérité pour les mœurs médicales d'un pays étranger, et voici pourquoi :

« Ce n'est pas d'un médecin de France qu'on pouvait s'attendre à pareils reproches ; d'un pays où justement la rapacité des médecins, la méconnaissance des préceptes de la déontologie soulèvent au plus haut point la réprobation. C'est en France, on le sait, que fleurit la dichotomie, c'est-à-dire le partage entre médecins et chirurgiens des honoraires payés par les malades, que l'on trouve la réclame éhontée, non pas seulement des charlatans, mais encore des praticiens renommés (voir les représentations cinématographiques du Dr Doyen), que l'on voit extorquer des honoraires incroyables (6.000 francs payés au chirurgien A. par la femme d'un modeste boutiquier), que l'on est témoin des fraudes perpétuelles dans les concours (protestations de ces derniers jours du Pr Robin et du Dr Huchard) et du sans-gêne des professeurs qui, absorbés par leur clientèle ou au contraire par les agréables distractions que leur permettent leurs mariages avec de riches héritières, ne trouvent plus le temps de faire leurs leçons ou d'apparaître à l'hôpital, si bien que l'actuel doyen, M. Debove, est obligé de les tancer comme des potaches.

« Au lieu de perdre son temps à émettre des insultes chauvines contre les savants étrangers, l'auteur ferait bien mieux d'aider à nettoyer sa propre écurie d'Augias ! ». — L.

Tel est le sens presque littéral de l'article avec l'initiale du nom d'un auteur qui n'a pas osé se faire connaître, tant il se savait coupable d'une mauvaise action contre laquelle nous protestons de toutes nos forces au nom de nos lecteurs, au nom du corps médical français. Nous ne voulons pas envenimer les querelles, et sans reprendre l'offensive, sans répondre par l'histoire de la poutre dans son

Digitized by Google

œil et de la paille dans l'œil du voisin, ce qui est toujours un jeu facile, nous avons le devoir de réduire à néant les allégations mensongères et haineuses de M. L..

Il nous parle de « fraudes perpétuelles » des concours quand il ne s'agit que d'un fait isolé et d'un manque d'égards d'une partie d'un jury pour l'autre. Il va jusqu'à reprocher à certains professeurs leurs riches mariages, comme si le même fait ne se présentait pas dans tous les pays où l'on ne voit pas toujours des rois épouser des bergères, et comme si la majorité des médecins en France n'estimait pas davantage la fortune due au travail que la fortune due au hasard. Il parle « d'honoraires incroyables » demandés par les chirurgiens, de la pratique de la « dichotomie », comme si nous ne réprouvions pas ces faits *isolés*, également connus dans d'autres pays. Il reproche à M. Doyen de faire cinématographier ses opérations... Ici, je m'arrête. Je ne connais pas personnellement M. Doyen à qui je n'ai adressé qu'une fois la parole, je ne veux pas le défendre parce qu'il est homme à le faire mieux que moi. Mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que, sans un de ces vains titres officiels dont se parent volontiers les princes souvent fainéants de la science médicale, aussi bien en France qu'à l'Etranger, par la force du poignet et de son intelligence, il est arrivé à une notoriété de remarquable opérateur que ne considèrent pas sans envie, paraît-il, quelques chirurgiens de l'Allemagne et d'autres lieux. Il trouve le cinématographe qui reproduit exactement toutes ses belles opérations sans l'accompagnement d'aucune des basses flatteries des thuriféraires officiels. Il use du cinématographe, et il a raison, cent fois raison...

... Non, je ne veux pas prendre l'offensive. Mais il n'y a pas quinze jours, un malade partant de Russie traverse certain pays, consulte une « célébrité » de l'endroit, qui l'envoie passer inutilement quinze jours dans sa maison de santé. (Il paraît que dans ce pays tous les « grands médecins » — grands hôteliers — ont leur maison de santé.) Ce malade est venu me consulter. En moins d'une heure, la consultation était donnée, et je n'ai pas besoin d'affirmer à mes lecteurs que les honoraires demandés ont été beaucoup moindres que ceux de la maison de santé. Eh bien! cette pratique hôtelière est très répréhensible. Mais, à son propos, est ce que nous songeons à accuser le corps médical tout entier de ce pays, et à jeter traîtreusement le discrédit sur lui?

L'acte du Dr Garnault est peut-être une héroïque folie; mais il est des folies qui imposent le respect. Qui pourrait le blâmer d'être ainsi courageux et d'offrir sa vie pour la science?

Il y a un an, un médecin de l'Etat de Colorado, le Dr Monson, a également proposé de s'inoculer les germes de la tuberculose pris sur un animal atteint de cette maladie. Vous n'avez pas songé alors à blâmer ce médecin..., probablement parce qu'il n'est pas Français. Je sais bien que vous reprochez au Dr Garnault « d'avoir attaqué les théories médicales de Koch et ses procédés de tirer argent de ses découvertes ». Est-ce vrai, oui ou non, et voulez vous comparer l'attitude de Koch dont nous apprécions et admirons même les grandes découvertes, parce que la science n'a pas de patrie, avec l'attitude des trois grands révolutionnaires de la science médicale du XIXe siècle, de Laënnec, de Cl. Bernard, de Pasteur, sans lesquels vous ne seriez presque rien? Le Pr Koch est un grand esprit; ce n'est pas un grand caractère, a pu dire le Dr Garnault. Mais en nous exprimant ainsi, nous ne portons pas le même jugement sur tous les médecins allemands que nous estimons par esprit de justice, de confraternité et de déontologie internationales. En supposant que M. Garnault eût des torts, était-ce une raison pour outrager tous les médecins de son pays?

Si le correspondant du *Münchener medizinische Wochenschrift* rêve de guerre et de batailles, qu'il abandonne les régions sereines de la science où l'on ne connaît que le langage de la paix, de la bonté et de l'humanité; qu'il échange sa lancette pour un fusil; qu'il ceigne l'épée ou qu'il brandisse son grand sabre!... Cela vaudra mieux que de commettre une mauvaise action en parlant mensongèrement de « la plaie hideuse de la profession médicale en France », en attaquant injustement et odieusement tout le corps médical français à propos de faits isolés, sans importance et complètement dénaturés.

Nous protestons hautement contre de pareils écarts de langage et de sentiments. — H. Huchard.

Mort de R. Virchow. — Nous apprenons la mort de R. Virchow. Par ses travaux considérables, par ses nombreuses découvertes, il était de ceux dont l'Allemagne doit se sentir honorée à juste titre et dont la science médicale de tous les pays doit saluer la mémoire avec une respectueuse reconnaissance. Après la guerre de 1870, Virchow a été très dur pour la France. Nous l'avons oublié... Tous les peuples ont connu de ces heures de folie après l'enivrement de la victoire, mais beaucoup d'entre eux ont su devenir généreux. Nous avons oublié les paroles injustes et cruelles de Virchow, et nous ne nous souvenons que du savant, du patriote aux idées larges et libérales.

Prime à nos Abonnés. — *Contre remise de 0 fr. 60 en mandat ou timbres-poste (pour frais d'envoi), chaque abonné reçoit un volume de* ***Mémentos Thérapeutiques.***

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Les faux anémiques

Par le Dr Marcel Labbé, *médecin des Hôpitaux*

Il n'est pas de diagnostic qu'on pose avec plus de facilité, voire de légèreté, que celui d'anémie. Quand un malade se présente avec les symptômes fonctionnels et physiques qui sont les attributs ordinaires de l'anémie, qu'il se plaint de lassitude, de palpitations, de troubles digestifs vagues, etc., pour peu qu'il ait le teint pâle, le praticien étiquète volontiers son cas « anémie ». S'il s'agit d'une jeune fille, s'il y a quelques troubles menstruels, quelques indices de névropathie, on dit même « chlorose ».

Ce diagnostic satisfait ordinairement malade, parents du malade et médecin : le malade, parce que le mot d'anémie ou de chlorose lui paraît intelligible et n'entraîne pas la crainte d'une affection dangereuse ; les parents, parce que le dire du médecin ne fait que confirmer l'opinion qu'ils s'étaient déjà formée, à en juger par la pâleur du malade ; le médecin, parce que le diagnostic n'a pas exigé, pour être établi, de longues recherches cliniques, ni de pénibles efforts intellectuels, et parce qu'il va pouvoir instituer sans réfléchir une thérapeutique réflexe, qui n'est que trop connue, et qui sera volontiers acceptée par le malade.

Or c'est précisément la facilité de ce diagnostic qui est dangereuse. On parle trop souvent d'anémie, on traite trop souvent pour de l'anémie des malades qui n'ont de ce syndrome que l'apparence, que la coloration pâle des téguments : « ochrodermie » (de ὠχρος, pâle; et δέρμα, peau) et anémie sont loin d'être synonymes dans la réalité.

Et pendant ce temps, on néglige de rechercher et de traiter la véritable cause de l'ochrodermie, et on laisse la maladie progresser, jusqu'au jour où elle deviendra si évidente qu'il faudra bien la reconnaître. Bien pis encore, on médicamente à tort et à travers pour une anémie qui n'existe pas, et l'on épuise ainsi les ressources d'énergie qui auraient permis au malade de résister à sa maladie ; il y a longtemps que Trousseau a insisté sur le danger de la médication ferrugineuse chez certains chlorotiques qui ne sont que des tuberculeux anémiques.

Mais laissons de côté la question de l'importance qu'il y a à savoir chercher et reconnaître la cause d'une anémie, pour insister seulement aujourd'hui sur les difficultés réelles du diagnostic d'anémie, si simple en apparence, que les gens du monde le posent plus souvent encore que les médecins.

Un anémique a le teint pâle ; il ne faut pas se laisser tromper à certaines colorations vives des pommettes, qui, chez les jeunes filles anémiques surtout, pourraient cacher l'anémie réelle. La même pâleur se voit au niveau des joues, du front, des oreilles, du nez, et même sur les extrémités et le corps tout entier. La peau est blanchâtre et montre des nuances très variées dans la pâleur : blanc verdâtre (teinte chlorotique); blanc jaunâtre (teint jaune paille des cancéreux) ; blanc brunâtre (teint terreux des paludéens et de certains tuberculeux, etc.)

La pâleur est surtout marquée dans les régions les plus fines de la peau ; elle est plus facilement appréciable encore sur les muqueuses (lèvres, gencives, conjonctives, etc.).

L'anémie entraîne avec elle des troubles cardio vasculaires (souffles dans les veines du cou, souffles cardiaques, palpitations, essoufflement, etc.), des troubles respiratoires dus à la difficulté de l'hématose, des troubles menstruels, des troubles nerveux (céphalée, bourdonnements d'oreilles, vertiges, etc.).

Il en résulte un complexus symptomatique qui peut aider à reconnaître l'anémie, mais qui ne permet pas de l'affirmer, car la décoloration de la peau et des muqueuses, et les symptômes secondaires précités peuvent se produire en dehors de l'anémie et tenir à des causes très diverses.

Il n'y a qu'un seul signe qui permette de caractériser l'anémie, d'affirmer son existence et d'apprécier son degré, c'est l'*examen du sang*. Ce n'est qu'après avoir fait l'examen du sang (numération des globules et recherche de la quantité d'hémoglobine) qu'on aura le droit — en saine clinique — de diagnostiquer l'anémie et de la traiter.

***

Quelques exemples vont me permettre de montrer les difficultés du diagnostic d'anémie. Un certain nombre de conditions physiologiques et pathologiques peuvent simuler l'anémie en produisant l'ochrodermie et quelquefois même les symptômes nerveux et cardio-vasculaires.

L'émotion seule que ressentent certains malades trop impressionnables en présence du médecin est la cause d'une pâleur qui simule l'anémie, ou qui la fait paraître plus intense qu'elle n'est en réalité ; le lendemain, le sujet moins effrayé, paraîtra moins anémique.

L'insuffisance aortique donne un facies pâle, qu'on prendrait au premier abord pour de l'anémie. Tel est le cas d'une jeune femme que nous avons pu examiner dans le service du Pr Landouzy : la peau du visage et de tout le corps était très pâle, les muqueuses décolorées ; la malade se plaignait de fatigue, de palpitations et de vertiges légers ; on entendait à la base du cœur derrière le sternum un très léger souffle diastolique qui manquait au niveau du foyer aorti-

Digitized by Google

que. Comme la jeune femme avait accouché un mois auparavant d'un enfant en pleine évolution de syphilis héréditaire, il semblait tout naturel de mettre sa pâleur et son souffle cardiaque sur le compte de l'anémie syphilitique. Cependant, l'examen du sang a montré qu'elle avait 12,5 0/0 d'oxyhémoglobine, ce qui est une proportion sensiblement normale, et 4 millions 1/2 de globules rouges par millimètre cube, ce qui est le chiffre normal : elle n'était donc pas anémique et sa pâleur devait être rattachée à l'insuffisance aortique, que le timbre aspiratif du souffle diastolique, le caractère du pouls radial légèrement bondissant, et le pouls capillaire permettaient d'affirmer.

Les sujets lymphatiques ont souvent une pâleur et une infiltration des téguments de la face et des extrémités, qui leur donne un aspect anémique, chlorotique même.

Le Pr Landouzy nous présentait récemment, dans une de ses cliniques, une femme de 26 ans, anciennement trachéotomisée et actuellement atteinte de tuberculose pulmonaire, qui avait un aspect que beaucoup de médecins eussent qualifié de chlorotique : la face était pâle, les pommettes légèrement rosées, les paupières un peu bouffies, les narines et les lèvres épaisses et légèrement violacées, la bouche entr'ouverte; au niveau du cou elle portait des traces d'adénites bacillaires anciennes.

En considérant d'abord le facies, puis la fatigue extrême, l'essoufflement, les palpitations, la perte d'appétit, les troubles digestifs, l'aménorrhée, etc., dont se plaignait la malade, en tenant compte des antécédents et des actualités de tuberculose faciles à constater chez elle, on aurait pu être amené presque fatalement à porter le diagnostic d'anémie causée par la tuberculose, de fausse chlorose tuberculeuse, diraient certains médecins.

Or cette malade n'était nullement anémique ; loin d'être hypoglobulique, elle était au contraire hyperglobulique : son sang contenait 6.107.000 globules rouges par millimètre cube, et les globules étaient réguliers et bien colorés ; la quantité d'oxyhémoglobine, comme celle des globules, dépassait la normale et atteignait 15 0/0.

Résultat très intéressant que l'examen précis du sang pouvait seul nous donner, et qui paraissait au premier abord en désaccord avec les signes cliniques observés ; j'aurai l'occasion de revenir ultérieurement sur l'interprétation de cette hyperglobulie paradoxale qui, soit dit en passant, me paraît devoir être rattachée à la dyshématose provoquée par la cicatrice de trachéotomie.

Les brightiques possèdent aussi un habitus qui pourrait en imposer pour l'anémie. La face est pâle, légèrement bouffie, et les téguments du corps présentent partout la même pâleur. Un bon nombre des troubles fonctionnels que M. Dieulafoy a rattachés à la petite urémie, rappellent les troubles qu'entraîne avec elle l'anémie, de sorte que l'aspect et les souffrances du malade pourraient, à un examen superficiel, faire croire à l'anémie, à la chlorose. Peut-être est ce surtout à des faits de ce genre qu'on a appliqué le nom de chloro-brightisme. On ne peut, en effet, se défendre, en présence de certains brightiques jeunes, très pâles, souffrant de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, de crampes, etc., de songer d'abord à l'anémie; un examen hématoscopique réfute cette hypothèse en montrant que le sang est normal, et que la pâleur doit être rattachée à une autre cause.

Les myxœdémateux ont un facies particulier, une coloration pâle et cireuse de la peau, une infiltration élastique de l'hypoderme qui simulent assez bien le facies des chlorotiques. Il y a d'ailleurs dans certains cas une véritable anémie : M. Vaquez a constaté dans le myxœdème congénital une hypoglobulie, avec abaissement du taux de l'hémoglobine et présence de globules rouges à noyau. Ces considérations ont conduit certains auteurs à rattacher la chlorose à l'insuffisance du corps thyroïde (Capitan, Dalché).

Mais dans la majorité des cas, il n'y a pas anémie vraie, il n'y a qu'anémie apparente. Bien qu'il y ait parfois une relation entre la dysthyroïdie et l'anémie, il y a donc lieu de ne pas confondre les deux syndromes. Ici encore c'est l'examen du sang qui, seul, pourra trancher la difficulté en montrant si la pâleur myxœdémateuse est, ou non, accompagnée d'anémie.

***

Voilà donc un certain nombre de malades qui empruntent le masque et l'habitus des anémiques, sans posséder les caractères essentiels de l'anémie. Ces ochrodermiques par insuffisance aortique, par brightisme, par lymphatisme, par dysthyroïdisme, ne sont que de faux anémiques.

Chez les malades atteints d'insuffisance aortique, chez les brightiques, la pâleur est due à la vasoconstriction périphérique ; chez les lymphatiques, elle est causée par l'infiltration et la stagnation de la lymphe qui épaissit les tissus sous-cutanés, et y gêne la circulation sanguine; chez les myxœdémateux, elle est provoquée par l'infiltration gélatiniforme et la sclérose sous dermiques. Dans tous ces cas, le rétrécissement périphérique des vaisseaux par spasme ou par compression interstitielle produit une anémie relative de la peau. Le résultat apparent, au point de vue de la couleur, est le même que si le sang circulant dans les vaisseaux était insuffisamment coloré.

A les voir on croirait des anémiques ; mais ils n'ont que de l'anémie cutanée par vaso-constriction.

Digitized by Google

L'examen du sang seul peut distinguer cette apparence d'anémie de l'anémie vraie.

En un mot, ici comme partout, il faut savoir ce que veut dire anémie, et ne prononcer ce mot que quand on a constaté précisément la chose, c'est-à-dire quand on a examiné le sang, cherché le nombre de globules rouges et la quantité d'hémoglobine.

Avant cela, les apparences extérieures ne permettent que de prononcer le diagnostic de pâleur, d'ochrodermie. Une observation plus approfondie fera reconnaître si cette ochrodermie est d'espèce aortique, lymphatique, brightique, myxœdémateuse ou anémique. De même qu'il faut ausculter le cœur pour affirmer l'insuffisance aortique, étudier la fonction urinaire pour affirmer le brightisme, de même il faut examiner le sang pour affirmer l'anémie.

Alors seulement, on n'aura pas fait un diagnostic par à peu près, mais un diagnostic de précision, et on aura le droit d'instituer une thérapeutique physiologique. Il serait inutile, il serait dangereux même d'imposer le traitement de l'anémie à des sujets qui ne sont que des cardiaques ou des brightiques ; on ne s'y exposera pas, si on veut bien se résigner à ne poser le diagnostic d'anémie qu'après avoir constaté scientifiquement l'anémie.

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Conduite à tenir en présence des affections sympathiques de l'œil.

Par le Dr F. Terrien,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Diagnostic clinique. — Il importe tout d'abord de bien délimiter le sujet et de s'entendre sur le terme « d'affections sympathiques ». Nous comprenons, sous cette dénomination, tous les accidents, *irritatifs* ou *inflammatoires*, pouvant survenir dans un œil, alors que l'autre a été antérieurement blessé ou atrophié.

Donc, deux conditions : blessure ancienne ou atrophie de l'un des deux yeux ; accidents inflammatories ou irritatifs sur le congénère. Ces deux éléments *réunis* sont nécessaires et suffisants pour éveiller en nous l'idée de sympathie. Sans doute, nous ne pouvons toujours rapporter avec certitude l'origine des accidents survenant sur le second œil à la lésion du premier, mais il suffit que celui-ci ait été intéressé antérieurement pour nous permettre de penser à la possibilité de troubles sympathiques. Il y a donc ici deux facteurs à étudier successivement : 1° les différentes lésions du premier œil capable de déterminer ou, pour parler plus exactement, de provoquer l'apparition de troubles sympathiques sur le second; 2° les différentes variétés d'accidents qui constituent les troubles sympathiques.

L'œil primitivement lésé est ordinairement appelé : *œil sympathisant*, et le second : *œil sympathisé*. Ce dernier terme est juste ; le premier exige quelques réserves. Il faudrait prouver, en effet, que le premier œil, dénommé sympathisant, est le facteur déterminant des troubles sympathiques apparaissant sur le second, ce qui jusqu'ici n'a pas encore été établi avec certitude. Nous conserverons néanmoins cette expression, à condition de ne pas lui attacher une importance exagérée.

A. — *Affections de l'œil sympathisé* : Toute affection inflammatoire de l'un des deux yeux (ulcère étendu de la cornée avec perforation, plaie pénétrante d'origine traumatique ou opératoire, etc...), terminée ou non par atrophie est capable à un moment donné de se compliquer de troubles sympathiques de l'autre œil. Quelques-unes d'entre elles y exposent plus particulièrement.

1°) Ce sont d'abord les *plaies du globe oculaire*, surtout les plaies pénétrantes, lorsque les trois enveloppes de l'œil sont divisées et que le vitré vient sourdre à l'extérieur. Le siège de la blessure a une importance ; une plaie de la région ciliaire, c'est-à-dire de toute cette région qui entoure la cornée sur une étendue de 10 millimètres à partir du limbe scléro-cornéen, prédispose plus qu'une autre aux troubles sympathiques. Mais c'est surtout la présence ou l'absence d'*infection* qui a une influence décisive sur l'apparition de la sympathie.

L'infection originelle de la plaie du premier œil se rencontre presque toujours à la base des accidents sympathiques, si on prend la peine de la rechercher.

Au début, dans les premiers jours après l'accident, il n'est pas toujours facile de reconnaître l'infection, lorsque celle-ci revêt la forme subaiguë. Qu'elle existe ou non, on trouvera dans les deux cas une injection ciliaire modérée, marquée surtout au niveau de la plaie, la cornée légèrement troublée à ce niveau, l'iris hyperhémié avec une pupille réagissant mal à l'atropine. Mais les jours suivants, *ces phénomènes disparaissent promptement* si la plaie est aseptique, et l'œil reprend vite son aspect habituel. Dans le cas contraire, l'œil reste injecté, larmoyant, photophobe, quelquefois douloureux, et la vision demeure nulle. L'iris se trouble, la pupille ne se laisse pas bien dilater par l'atropine et le mydriatique révèle de légères synéchies postérieures, de formation récente,

Enfin, dans les formes sévères après un temps variable, la chambre antérieure disparaît, des exsudats obstruent le champ pupillaire, la tension s'abaisse, la rétine peut se décoller et l'œil évolue vers l'atrophie. La périphérie de l'iris est fortement

Digitized by Google

tiraillée, et cette rétraction se constate facilement au niveau de la cicatrice, là où la membrane est enclavée. En même temps, l'œil est généralement très sensible à la pression.

Des troubles sympathiques peuvent alors éclater, mais pas nécessairement. Il n'y a d'ailleurs aucune relation entre l'intensité des phénomènes réactionnels et l'apparition de la sympathie. Certains yeux dans lesquels l'inflammation a suivi une marche lente, avec réaction modérée, peuvent être plus dangereux à ce point de vue que d'autres réagissant très vivement, et chez lesquels les phénomènes inflammatoires revêtent une très grande acuité.

A côté des plaies pénétrantes, toutes les autres blessures du globe, corps étrangers intra-oculaires, plaies post-opératoires, etc..., les irido-cyclites et irido-choroïdites, certaines variétés de tumeurs intra-oculaires même, peuvent également se compliquer, quoique plus rarement, de troubles sympathiques.

Il est important pour le diagnostic de rechercher l'espace de temps pouvant s'écouler entre l'apparition de ces derniers et la lésion du premier œil. La sympathie semblera d'autant plus probable que l'intervalle est minime.

Cet espace est d'ailleurs tout à fait variable. Le moment le plus dangereux pour l'éclosion des troubles sympathiques se place entre la sixième et la douzième semaine après le traumatisme. L'intervalle minimum pouvant exister entre la lésion du premier œil et l'apparition des accidents sur le second, semble être de quinze jours environ. Par contre, nous ne connaissons pas encore la limite après laquelle ces derniers ne sont plus à craindre. Ils peuvent apparaître après 15, 25, 30 ans. Nous en avons observé un cas, où ils se déclarèrent 32 ans après la lésion du premier œil. Tout œil anciennement blessé ou tout moignon atrophique, même demeuré tranquille pendant de longues années, est donc toujours capable, à un moment donné, de s'enflammer et de devenir le point de départ de troubles sympathiques; c'est là un point qu'il faut retenir.

B. — *Affections de l'œil sympathisant.* — Les troubles sympathiques pouvant survenir sur le second œil après la lésion du premier, revêtent des formes multiples. On peut néanmoins les ranger sous deux chefs : *l'irritation sympathique* et *l'inflammation sympathique*.

La première est caractérisée par des phénomènes réactionnels et névralgiques d'une intensité quelquefois considérable et pouvant atteindre les différents nerfs de l'œil, moteurs ou sensitifs, avec diminution plus ou moins grande de la vision. Mais ces phénomènes sont purement irritatifs, *jamais infectieux*, et disparaissent toujours avec l'énucléation de l'œil sympathisant.

L'inflammation sympathique revêt également des formes multiples, d'intensité variable : irido-choroïdites, papillites, papillo rétinites, etc... Mais ces phénomènes sont à la fois inflammatoires et infectieux et ne sont guère influencés par l'énucléation de l'œil sympathisant. Cette notion bien établie, examinons successivement ces deux formes.

a) *Irritation sympathique.* Elle se manifeste par des troubles d'intensité variable : troubles sécrétoires, moteurs, d'accommodation, douleurs névralgiques, photopsies, etc..., qui apparaissent sur l'œil jusque-là indemne et peuvent atteindre tous les nerfs de l'œil. Tantôt ce sont des douleurs névralgiques très intenses, intra et péri-oculaires; ailleurs c'est une simple parésie ou faiblesse de l'accommodation pouvant s'accompagner de larmoiement, de photophobie et aller jusqu'à l'asthénopie rétinienne, le sujet devenant incapable de fixer aucun objet.

b) *Inflammation sympathique.* Celle-ci, qui est toujours de nature infectieuse, peut se présenter sous trois aspects différents : l'irido-choroïdite plastique avec troubles intenses du corps vitré, c'est la forme la plus fréquente et la plus grave; l'irido-choroïdite séreuse, plus bénigne et d'une symptomatologie plus atténuée, et la papillo-rétinite sympathique, avec laquelle coexiste toujours un certain degré d'irido choroïdite.

Avant d'étudier ces trois formes, remarquons qu'elles ne sont pas nécessairement annoncées par des symptômes prodromiques et par les troubles irritatifs, décrits plus haut, qui peuvent manquer tout à fait. L'inflammation sympathique peut éclater brusquement, sans être annoncée par aucune manifestation prodromique, il ne faut pas l'oublier.

1° *Irido-choroïdite ou uvéite plastique.* C'est la forme la plus sévère et la plus fréquente. La vision diminue, les douleurs sont nulles ou insignifiantes; l'œil examiné présente une injection ciliaire modérée et la cornée est légèrement trouble. La pupille est petite, se laisse mal dilater par l'atropine, et l'iris a perdu son brillant. Ce sont en somme des symptômes d'iritis torpide; en même temps, les milieux sont troubles.

Puis des synéchies postérieures se forment, faisant bientôt le tour de la pupille et entraînant une oblitération complète du champ pupillaire. La vision demeure presque nulle, et dans les cas très sévères, l'affection peut aboutir à l'atrophie de l'œil. La marche en est essentiellement chronique et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on peut voir apparaître une irido-cyclite intense avec douleurs violentes, chémosis conjonctival et perte rapide du globe oculaire.

Digitized by Google

2° *Irido choroïdite ou uvéite séreuse.* Encore plus que tout à l'heure la marche de l'affection est essentiellement torpide. L'œil est peu injecté, la vision à peine troublée ; mais à la loupe on peut voir sur la face postérieure de la cornée un pointillé très fin, surtout abondant à la partie inférieure de la membrane et revêtant une forme triangulaire à sommet supérieur. En même temps la tension de l'œil est légèrement élevée. Le pronostic est favorable, à moins qu'un glaucome secondaire n'apparaisse, ce qui arrive assez fréquemment, ou que l'affection ne revête la forme plastique, ce qui est presque la règle. Le pronostic est alors très assombri.

3° *Papillo-rétinite.* Les milieux de l'œil sont troubles, et la papille légèrement saillante, présente un trouble diffus avec des contours mal limités. L'acuité visuelle est très diminuée. Le pronostic est en raison directe de la durée et de l'intensité de l'affection. Généralement favorable, cette forme peut cependant aboutir à l'atrophie de la papille.

Traitement : Avant d'exposer le traitement des affections sympathiques, il est important de rappeler la différence capitale qui sépare l'irritation sympathique de l'inflammation sympathique.

La première, nous l'avons vu, se présente sous des aspects divers : troubles sensitifs (douleurs péri-orbitaires, photophobie, photopsies), troubles sensoriels (depuis la diminution légère de l'acuité visuelle et le rétrécissement du champ visuel jusqu'à l'amblyopie sympathique), troubles moteurs (parésie ou paralysie de l'accommodation, spasmes du muscle ciliaire, contractions toniques ou cloniques de l'orbiculaire), troubles sécrétoires (hypersécrétion lacrymale, etc...).

Tous ces symptômes peuvent se trouver isolés ou réunis, revêtant alors un aspect particulièrement menaçant, mais un point est à retenir : l'irritation sympathique, quelle qu'en soit la forme, n'est jamais d'origine infectieuse. Elle doit être rapportée à une irritation des nerfs ciliaires de l'œil malade agissant probablement par voie réflexe sur les nerfs ciliaires de l'œil sain par l'intermédiaire des centres nerveux (Leber).

C'est là une différence capitale avec l'inflammation ou *ophtalmie sympathique* qui, elle, est toujours de nature infectieuse.

Cette notion de l'absence d'infection dans le premier cas et de son existence constante dans le second doit retentir sur le traitement.

A. Irritation sympathique. — La thérapeutique rationnelle consiste à éloigner la source d'irritation. On recommandera tout d'abord le repos à l'obscurité combiné aux compresses chaudes et aux antiphlogistiques; si les symptômes ne cèdent pas, on aurait recours à l'énucléation de l'œil sympathisant qui fera cesser très rapidement tous les accidents, quelquefois même aussitôt après l'énucléation.

Le pronostic est donc relativement favorable, puisque l'énucléation de l'œil sympathisé, si elle peut être faite (perte absolue de la vision de ce côté), suffit toujours à faire disparaître les accidents.

La section optico-ciliaire, imaginée en pareil cas, ne remplit pas le but. Le bénéfice obtenu est réel mais non durable, car les nerfs ciliaires sectionnés se régénèrent et pénètrent de nouveau dans le globe, donnant à l'œil une sensibilité nouvelle (Redard, Krause) pouvant être le point de départ d'une nouvelle poussée d'irritation sympathique et nécessiter l'énucléation.

Lorsque l'œil a déjà été énucléé, on rechercherait si le cul-de-sac conjonctival n'est pas enflammé, si le moignon n'est pas douloureux à la pression ; l'œil artificiel sera soigneusement examiné et remplacé au besoin. Quelquefois on peut être obligé d'exciser un fragment de la portion terminale du nerf optique.

B. Ophtalmie sympathique. — *Traitement général.* A l'inverse de l'irritation sympathique, l'ophtalmie sympathique est toujours d'origine infectieuse ; le fait n'est pas contesté, mais le point en litige est celui de l'origine de l'infection. Celle-ci peut venir de l'œil sympathisé dans l'œil sympathisant par l'intermédiaire de la circulation générale (Berlin), ou par les gaines lymphatiques du nerf optique en passant par le chiasma (Leber, Deutschmann), ou bien provenir de tout autre point de l'économie. Il s'agirait, dans ce dernier cas, d'une véritable auto-intoxication venant se localiser sur l'œil sympathisé irrité seulement par l'œil sympathisant et devenu de ce chef un « *locus minoris resistentiæ* » (Schmidt-Rimpler, Panas).

Quoi qu'il en soit, la maladie étant toujours infectieuse, le traitement général sera dirigé dans ce sens, et avant tout le malade sera fortement mercurialisé (frictions avec l'onguent napolitain, calomel à petites doses à l'intérieur et surtout injections intramusculaires d'huile bi-iodurée).

On fera chaque jour en plein muscle fessier avec la seringue de Pravas une injection intra-musculaire d'un centimètre cube de la solution suivante (Panas) :

Huile d'olives, bien lavée à l'alcool et stérilisée	30 grammes
Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 18

A cette dose presque infinitésimale (6 milligr. de biiodure par cent. cube), le mercure est très bien toléré et agit d'une manière beaucoup plus efficace que toutes les autres préparations. Dans les cas sévères, on ferait chaque jour deux injections, soit 12 milligr. de biiodure par jour.

Digitized by Google

L'hygiène générale ne sera pas négligée et on prescrira utilement des purgatifs légers, la sudation, les diurétiques, tous moyens propres à activer la diaphorèse (1).

Traitement local. — Il faut envisager ici la conduite à tenir du côté de l'œil sympathisant et du côté sympathisé.

a) Du côté sympathisant, l'énucléation s'impose et doit être faite sans tarder. Mais l'ablation du globe est généralement impuissante dans les cas graves à enrayer le processus. On doit néanmoins y recourir, ne fût-ce que pour n'avoir rien à se reprocher, et le nerf optique sera sectionné le plus loin possible du globe ; toute autre opération conservatrice (résection optico-ciliaire, etc.) est à rejeter.

On peut voir quelquefois l'ophtalmie sympathique survenir plusieurs semaines après l'énucléation préventive. On a recommandé alors l'injection de quelques gouttes d'une solution de cyanure de mercure au centième dans la cavité même du moignon, ou la la résection du bout central du nerf optique, si celui-ci est douloureux à la pression.

L'énucléation de l'œil sympathisant ne serait faite que si la vision de cet œil était *entièrement abolie.* Dans le cas contraire, si faible que soit le degré d'acuité visuelle conservé, l'énucléation serait rejetée et on se contenterait de faire sur cet œil sympathisant un traitement identique à celui fait sur l'œil sympathisé et qui nous reste à décrire.

b) Du côté de l'œil sympathisé, on multipliera les instillations d'atropine à 1 pour 100. Le mydriatique n'agit bien qu'au début ; plus tard, la pupille se laisse beaucoup plus difficilement dilater et l'emploi du collyre serait suspendu à la moindre menace d'hypertonie. Si l'atropine est mal tolérée, elle serait remplacée par la duboisine ou le bromhydrate de scopolamine à 1 pour 200. On y ajoutera les compresses chaudes fréquemment renouvelées et le séjour dans une chambre obscure tant que durent les phénomènes irritatifs. Enfin les injections sous-conjonctivales de sublimé au millième ou à 1 p. 500 pourront compléter la médication (2).

(1) Les essais d'opothérapie par les injections sous-cutanées d'extrait de corps ciliaire de bœuf tentés par Louis Dor (de Lyon) dans les formes sévères d'ophtalmie sympathique, n'ont pas été suivis (Louis Dor. Essais de thérapeutique ophtalmique avec l'extrait de corps ciliaire de bœuf. *Soc. fr. d'opht.* et *Ann. d'ocul.*, CXVII, p. 366 et CXVIII, p. 49, 1897.

(2) On a conseillé aussi l'iridectomie, l'opération ayant ici un triple but : combattre l'inflammation, diminuer l'hypertonie si elle existe et améliorer l'acuité visuelle. Mais une iridectomie en pleine période inflammatoire, loin de diminuer l'inflammation (iridectomie antiphlogistique), ne peut que l'augmenter le plus souvent. Si la tension s'élève et ne cède pas aux myotiques, elle serait combattue par des sclérotomies ou des paracentèses répétées, de préférence à l'iridectomie. Quant à l'iridectomie optique, le résultat en demeure très hypothétique et le mieux est de s'abstenir de toute intervention sur l'œil sympathisé, tant que toute trace d'inflammation n'a pas disparu.

Prophylaxie de l'ophtalmie sympathique. — Le plus sûr moyen d'éviter l'affection est de connaître les accidents capables de la provoquer. Parmi ceux-ci, les blessures perforantes du globe tiennent la première place, en particulier les blessures de la région ciliaire, surtout si un corps étranger est demeuré dans l'intérieur de l'œil. D'une manière générale, un œil atrophié, quelle que soit la cause de l'atrophie, est toujours capable d'entraîner l'inflammation sympathique du congénère. Une atrophie à marche rapide, survenant longtemps après l'accident, sur un œil qui jusque là avait conservé un volume sensiblement normal, doit faire craindre l'apparition de l'ophtalmie sympathique, surtout si cette atrohie s'accompagneni de douleurs vivas. Il faut en excepter cependant l'atrophie qui suit la panophtalmie ; l'ophtalmie sympathique, en pareil cas, est exceptionnelle. La destruction des nerfs ciliaires ici, en supprimant toute cause d'irritation, constitue en quelque sorte une garantie contre l'ophtalmie sympathique. Ceci d'ailleurs n'est pas absolu.

Les blessures du globe, nous l'avons vu, doivent surtout être incriminées, en particulier si elles sont suivies d'infection. C'est là le point capital ; une plaie de l'œil non infectée est peu à craindre. Le pronostic repose donc tout entier sur la présence ou l'absence d'infection.

Il est quelquefois difficile de reconnaître si la plaie est ou non infectée. Au début, dans les premiers jours qui suivent l'accident, lorsque les lèvres de la plaie sont infiltrées, la chambre antérieure ou le corps vitré troubles, le tout accompagné de chémosis et de réaction ciliaire intense, l'infection est certaine. Mais plus tard, le diagnostic devient hésitant.

On se basera, nous l'avons dit, sur les caractères suivants : si la plaie est aseptique, au bout de quelques jours la rougeur et l'inflammation disparaissent et les lèvres de la plaie se cicatrisent. Dans le cas contraire, la pupille reste paresseuse, se laisse mal dilater par l'atropine, l'œil demeure légèrement photophobe, larmoyant, et l'injection périkératique ne disparaît qu'incomplètement.

On multipliera les compresses chaudes, sangsues à la tempe, instillations d'atropine du côté atteint, combinées à un traitement hydrargyrique intensif, en se tenant prêt à énucléer à la moindre menace de sympathie. Une diminution brusque du tonus survenant sur l'œil blessé doit être regardée comme une complication particulièrement redoutable et sera surveillée attentivement, car elle peut être suivie d'inflammation sympathique du congénère.

La douleur à la pression au niveau du corps ciliaire du côté de l'œil blessé éveille aussitôt l'idée de sympathie. Mais ce signe n'a pas l'importance qu'on lui reconnaissait autrefois, car il peut manquer (Schmidt-

Digitized by Google

Rimpler, Schirmer), soit parce que le corps ciliaire décollé n'est plus accessible à la palpation, ou parce que l'inflammation de celui ci est peu prononcée et ne se révèle par aucune douleur à la pression.

A côté des plaies pénétrantes du globe, on peut voir d'autres affections déterminer plus tard l'ophtalmie sympathique (leucomes adhérents, ruptures sous-conjonctivales, opérations sur le globe, etc.) mais le point à retenir est que l'infection joue presque toujours le principal rôle. C'est ainsi que l'ophtalmie sympathique, qu'on peut observer exceptionnellement après l'opération de cataracte et qui était rapportée autrefois à l'irritation des nerfs ciliaires résultant de l'enclavement de fragments iriens ou de débris de capsule entre les lèvres de la plaie, coïncide toujours avec une inflammation de l'iris et du corps ciliaire.

En résumé, l'ophtalmie sympathique est toujours d'origine infectieuse et toute plaie de l'œil sera d'autant plus susceptible de la provoquer qu'elle sera elle-même infectée.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Necker. — M. Huchard

Le rétrécissement mitral congénital

L'histoire d'une jeune malade qui vient de succomber dans notre service va nous permettre de réformer une erreur de diagnostic que nous avions commise tout d'abord. Il y a trois manières de faire une erreur de diagnostic : la première de ne pas savoir sa pathologie, cela arrive quelquefois; la seconde d'examiner son malade à la hâte, cela arrive souvent; la troisième de ne pas toujours connaître exactement, dans l'état actuel de la science, toutes les conditions déterminantes d'une maladie. Telle est notre histoire d'aujourd'hui. Nous nous étions trompé parce que ce que nous avons vu n'était pas encore signalé.

Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, petite, malingre, mal formée, n'ayant eu ses règles que deux fois. Elle avait les lèvres bleuâtres, les doigts bleuâtres, frigides. Rien qu'à la voir, on songeait à une maladie congénitale du cœur.

L'auscultation laissait entendre un souffle systolique tour à tour ronflant et soufflant à la pointe et qui se propageait, mais très faiblement, à la région dorsale. En outre, à la partie médiane était perçu un souffle diastolique avec de temps à autre un dédoublement du second bruit. Les accidents de cyanose dataient de la naissance ; à quel ordre d'affection cardiaque étaient-ils attribuables ?

On pouvait songer à une communication interauriculaire ; mais celle-ci ne détermine jamais de double souffle, et, d'ailleurs, elle est le plus souvent latente. Les parois auriculaires sont trop faibles ; leur contraction manque de la puissance nécessaire à la production d'un souffle.

Plus probable paraissait l'existence d'une communication interventriculaire (maladie de Roger) ; néanmoins cette idée ne nous satisfaisait pas tout à fait. Dans les communications interventriculaires, le souffle est plus fort, plus intense. Faute d'une interprétation meilleure, nous nous rabattîmes sur celle-là.

Et le diagnostic fut : communication interventriculaire avec rétrécissement mitral congénital, ce dernier démontré par le souffle de la pointe et le dédoublement du second bruit.

L'enfant mourut à la suite d'une infection grippale légère.

L'autopsie montra notre erreur.

Il n'existait pas de communication interventriculaire, mais à la fois, un rétrécissement mitral très accusé, et un rétrécissement tricuspidien léger.

L'artère pulmonaire n'offrait aucun signe de rétrécissement, comme il arrive souvent dans les cas de cyanose congénitale. En ce cas il existe un souffle systolique à la base et au foyer de l'artère pulmonaire (deuxième espace intercostal gauche).

Par contre l'aorte était très petite. Cette gracilité de l'aorte s'explique aisément. Elle tient à une condition de développement sur laquelle nous insistons : l'adaptation au travail prescrit. Or quel était ce travail ici ? Très peu de chose ; une quantité faible de sang venait à l'aorte, parce que le rétrécissement mitral empêchait le ventricule de s'emplir. L'aorte s'adapta à cette ondée sanguine si réduite. Elle resta petite elle-même.

Si le volume mince de l'aorte s'explique aisément, il n'en est pas de même d'un signe morbide présenté par notre malade de son vivant : la cyanose.

Il n'y avait pas mélange des deux sangs puisque la communication interventriculaire n'existait pas ; cependant cette jeune fille était bleue.

Comment interpréter cette coloration de ses téguments ?

L'autopsie ne nous révéla ni thrombose auriculaire, ni thrombose des veines pulmonaires ; celle-ci aurait pu s'observer, étant donnée la faiblesse du courant sanguin. Elle ne se produisit pas. Cliniquement du reste, cette absence de thrombose auriculaire et des veines pulmonaires était à prévoir. Qu'advient-il quand elle se manifeste ? Des symptômes asphyxiques et une mort rapide. Notre malade succomba à la grippe, et si, cette thrombose, elle eût pu la présenter à la dernière heure de sa vie, elle ne l'offrait certainement pas avant l'apparition de son infection grippale, et alors que pendant des années

Digitized by Google

elle se maintenait dans son état de cyanose permanente.

Nous allons donc, faute de thrombose auriculaire, nous contenter de notre rétrécissement mitral. C'est à lui seul que pouvait être imputable la cyanose. Cela prouve qu'il existe des rétrécissements mitraux à forme cyanotique, ce qu'on ne savait pas encore.

Aussi bien cette question des rétrécissements mitraux laisse encore certains points mal éclaircis. On en peut admettre trois classes :

1° Le rétrécissement mitral congénital ;

2° Le rétrécissement mitral acquis, provoqué par une maladie infectieuse et communément par le rhumatisme ;

3° Le rétrécissement mitral des artério-scléreux, que nous avons décrit le premier en 1896.

Nous ne nous occuperons que du premier.

Durozier avait déjà remarqué les différences anatomiques profondes qui séparent le rétrécissement mitral congénital d'avec le rétrécissement mitral acquis. Le second, consécutif à une endocardite chronique, montre des reliquats de lésions inflammatoires ; le premier ne laisse voir qu'un orifice infundibuliforme à parois lisses ; s'il existe des lésions inflammatoires, elles ne sont qu'accessoires et doivent être considérées comme secondaires.

Le rétrécissement mitral congénital n'est pas dû à une endocardite. L'erreur de Potain a été d'admettre qu'il faisait suite à une endocardite tuberculeuse. L'endocardite tuberculeuse est exceptionnelle : c'est la péricardite tuberculeuse qui est répandue. S'agirait-il d'une endocardite, elle laisserait à sa suite des lésions plus démonstratives que celles que nous rencontrons.

Au vrai, le rétrécissement mitral congénital n'est pas une affection inflammatoire à son origine, c'est un arrêt de développement. Ce n'est pas une maladie, c'est une infirmité.

L'embryologie va nous le démontrer tout de suite (1). Au troisième mois de la vie fœtale, la valvule mitrale est constituée par un diaphragme perforé à son entrée. Vers le sixième mois, ce diaphragme se divise, se désoude en deux valves. Qu'il survienne un arrêt de développement, la division, la désoudure ne s'opère pas : l'orifice reste rétréci.

Au point de vue anatomique, la pathogénie des rétrécissements mitraux congénital et acquis est donc totalement différente.

Le premier est dû au manque de division ou de désoudure des valves, le second est dû à leur rapprochement, à leur soudure.

(1) O. Hertwig. *Traité d'embryologie*, 2me édit. française sur la 5me édit. allemande, 1900.

Ces arrêts de développement sont fonction de l'état général compromis et touché par une infection héréditaire : tuberculose ou syphilis.

La valvule mitrale qui ne s'ouvre pas acquitte le tribut de la dégénérescence tuberculeuse ou syphilitique des parents.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le calomel comme diurétique. — Van Leyden a attiré à nouveau l'attention des médecins sur le calomel comme diurétique, en regrettant que ce médicament déjà recommandé par Stokes, soit tombé en désuétude. Néanmoins, il ne cache pas les inconvénients qui justifient cet oubli volontaire chez beaucoup de praticiens ; il faut donner le calomel à haute dose et pendant longtemps. Jendrassik prescrit 20 centigrammes trois et quatre fois par jour. Van Leyden s'est tenu à la dose quotidienne de 40 centigrammes, et n'a donné qu'exceptionnellement 80 centigrammes. Ces doses doivent être continuées quatre, cinq et six jours de suite, et on voit généralement apparaître de la stomatite ou au moins la salivation mercurielle en même temps que la diurèse. Celle-ci est parfois merveilleuse ; on a vu 7, 8 et même 10 litres d'urine par jour (Nothnagel). Mais d'autres fois, la diurèse ne survient pas ; cela doit tenir à la variété d'hydropisie qu'on traite ; dans les néphrites le calomel est contre-indiqué ; restent donc les hydropisies cardiaques et hépatiques ; mais là encore le champ est vaste et nous voudrions des indications absolument précises pour l'emploi du calomel avant de le recommander pour la pratique courante.

A noter que le médicament prescrit en suppositoires a échoué, et que les piqûres de sublimé sont restées également inactives. — Bd.

Les dangers de l'acide picrique dans le traitement des brûlures. — Nous disions un mot, il y a quelques mois, des inconvénients de l'acide picrique et des dangers qui peuvent résulter de son emploi dans le traitement des brûlures (n° 20). Voici un nouvel accident survenu dans de semblables conditions.

Un enfant brûlé aux deux jambes était pansé par M. Manseau, avec de la gaze et de l'ouate imprégnés d'une solution d'acide picrique 1 100 ; au bout de 48 heures, le malade devint subitement abattu ; la température du corps s'éleva ; les parties non brûlées prirent une teinte rouge et les urines se colorèrent en jaune rougeâtre.

Supposant qu'il y avait intoxication par l'acide picrique, M. Manseau examina les urines. Il y trouva le corps du délit sous forme d'acide picrocyanique (2 à 3 gouttes d'une solution concentrée de cyanure de potassium avaient été utilisées pour l'analyse). Le pansement fut aussitôt changé, on remplaça l'acide picrique par une pommade à l'aristol. La fièvre tomba et les urines reprirent leur couleur normale. (*Bulletin de la Société de Pharmacie de Bordeaux*, juin 1902).

Dans notre pratique personnelle, le médicament qui nous a semblé le mieux réussir pour les brûlures, est le goménol. On l'emploie aux doses de 30 à 40 grammes pour un mélange de 100 grammes d'huile de lin et d'eau de chaux. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Traitement des conjonctivites

L'énergie du traitement sera subordonnée à l'intensité des symptômes. Cet axiome applicable à toute la thérapeutique est surtout vrai dans le traitement des conjonctivites.

1° *Conjonctivite catarrhale légère.* — Lavage 4 à 5 fois par jour avec une solution boriquée à 3 0/0 tiède. Instillations de 3 à 4 gouttes d'un mélange d'une solution de cocaïne et d'adrénaline, 2 à 3 fois dans le jour :

Chlorhyd. cocaïne.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	7 grammes
Solut. adrénaline à 1/1000..	3 —

Rarement on sera obligé de venir aux solutions astringentes faibles: quelques gouttes en instillation le soir, au coucher :

Sulfate de zinc.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	20 grammes

Ou plutôt :

Sulfate de cuivre.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	20 grammes

2° *Conjonctivite catarrhale de moyenne intensité.* — On recourra au nitrate d'argent à 1 0/0 :

Nitrate d'argent.....	0 gr. 30
Eau distillée.....	30 grammes

Les paupières seront retournées et badigeonnées avec cette solution. Ne pas neutraliser. Compresses d'eau boriquée froide, plusieurs fois par jour, pendant une 1/2 heure, pour calmer la cuisson. Certains auteurs conseillent encore 4 à 5 fois par jour des lavages avec du coton imbibé de sublimé (0,20 par litre, sans alcool).

Dans les cas plus tenaces, irrigations au moyen de l'entonnoir laveur avec du permanganate de potasse (Kalt) (solution à 1 pour 3000 ou 4000; irrigation de un 1/2 litre les deux premiers jours, 3 fois par jour). Dès le deuxième jour, le malade serait soulagé. Il est exceptionnel que dans la pratique le praticien ait à recourir à cette dernière méthode.

3° *Conjonctivite catarrhale intense, simulant l'ophtalmie purulente.* — Lavages fréquents à l'eau boriquée et cautérisation une ou deux fois par jour, la paupière étant retournée, avec la solution de nitrate d'argent :

Nitrate d'argent.....	2 ou 3 grammes
Eau distillée.....	100 —

Neutraliser avec un tampon d'ouate ou un pinceau trempé dans l'eau salée. Dès que cela ira mieux, baisser le titre de la solution et revenir à la dose de 1 0/0.

Les auteurs qui recommandent les lavages au permanganate de potasse insistent pour qu'ils soient pratiqués dans ces formes plus graves. Les grands lavages à l'eau boriquée sont mieux entrés dans la pratique. Quand ceux-ci ne suffiront pas, on pourra recourir aux solutions de permanganate à 1 pour 3000 ou 4000.

CLINIQUE MÉDICALE

Les mastites au cours de la fièvre typhoïde. — L'inflammation de la glande mammaire au cours de la fièvre typhoïde semble être fort rare, malgré que Curschmann déclare non exceptionnel le gonflement passager du sein — même chez les jeunes hommes — à la période d'acmé de cette infection.

Leudet en observa, dans sa pratique personnelle, cinq cas qui se terminèrent tous par résolution (*Cliniq. médic. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874). Vallin publia un cas semblable dans le *Bulletin de la Société clinique de Paris* en 1877.

Un autre cas de mastite non purulente accompagnée d'élévation de température et survenue au 29e jour d'une fièvre typhoïde, 3 jours après le déclin de la fièvre, a été décrit par Fornaca, dans la *Riforma medica* de 1900. L'ensemencement de quelques gouttes d'un liquide louche recueilli par ponction aspiratrice révéla la présence du bacille d'Eberth.

Les observations publiées de mastite suppurée survenant au cours de la fièvre typhoïde sont au nombre de cinq.

Dans les deux premières le pus contenait seulement des staphylocoques (deux cas d'abcès du sein droit chez des typhiques hommes à la fin de la 3e semaine. Destrée *in J. de méd. de Bruxelles*, août 1891).

Dans la troisième, où l'examen du pus ne fut pas pratiqué, la suppuration des deux seins coexistait avec d'autres abcès siégeant aux bras et aux jambes (C. West, *in Philad. polyclinic*, 1898).

La quatrième observation appartenant à Capellari (*Corriere sanitar*, 1900) concerne une typhique de 15 ans. La douleur et le gonflement du sein droit apparurent à la 4e semaine. La température redevenue normale prit alors le type septique. L'abcès guérit par incision.

Malgré le défaut d'examen bactériologique du pus,

Digitized by Google

D. Patterson et Hewlett rapprochent cette observation de la suivante qui leur appartient et qu'ils publient *in the Amer. J. of the med. sc.*, déc. 1901 :

Une femme de 34 ans, atteint la période d'apyrexie au 36e jour d'une fièvre typhoïde. Trois jours après. le sein gauche, qui n'avait été l'objet d'aucun traumatisme, devient douloureux et grossit, les ganglions de l'aisselle deviennent gros et douloureux à leur tour et, trois jours après le début de ces accidents, la température s'élève, non pas en échelle comme au début d'une rechute, mais en grandes oscillations de type septique. Quinze jours après on évacue, par une incision, 150 c.c. de pus réparti en petites loges et la température devient normale.

Le pus fut cultivé. Les cultures donnaient avec le sérum de la malade la réaction de Widal, en 10 minutes, en dilution au dixième.

La mastite survenant au cours de la fièvre typhoïde peut donc, ou non, suppurer. Elle est due, dans certains cas, à une infection secondaire et dans d'autres à une infection éberthienne d'origine sanguine. La suppuration est un mode de terminaison moins fréquent que la résolution.

Au cas de suppuration, s'il s'agissait d'une nourrice, le lait pourrait contenir des bacilles d'Eberth, si l'on admet avec Basch et Weleminsky que les bactéries peuvent passer du sang dans le lait à la faveur d'une grosse lésion mammaire. — E. B.

Emphysème et tuberculose. — Monneret admettait l'antagonisme entre la tuberculose et l'emphysème ; il s'appuyait sur l'observation clinique, mais il donnait en même temps de ce fait une raison d'ordre anatomique et physiologique : dans l'emphysème, disait-il, il y a distension et oblitération des capillaires, par conséquent entrave à la circulation ; les tubercules ne peuvent se développer dans un poumon dont la nutrition est ralentie. Peter soutint l'opinion inverse : le poumon emphysémateux étant un organe dont la nutrition languit, les tubercules trouvent dans son tissu les conditions les plus favorables pour s'y développer.

Avant de discuter chacune de ces deux opinions, limitons le sujet :

Nous entendons ici par emphysème, l'emphysème banal, généralisé, chronique, en excluant l'emphysème aigu, l'emphysème local compensateur, et en ayant soin d'éliminer aussi les cas d'emphysème généralisé, manifestement dû à une cause déterminée : tels l'emphysème des vieillards, l'emphysème professionnel, par exemple, des souffleurs de verre, l'emphysème des individus atteints d'anthracose.

D'autre part, sous le nom de tuberculose nous n'envisageons que la tuberculose pulmonaire chronique.

Ainsi limitée, la question doit comprendre : 1° la constatation brutale des faits ; 2° leur interprétation pathogénique ; 3° les conclusions pratiques qu'on peut en tirer.

De l'étude des faits cliniques on peut conclure que l'emphysème généralisé et la tuberculose à marche chronique du poumon coexistent fréquemment ; donc le prétendu antagonisme n'existe pas. Il paraît, conformément aux idées de M. Bernheim, que presque toujours la tuberculose débute, envahissant primitivement le poumon pour s'accompagner plus tard d'emphysème ; l'inverse, c'est-à-dire la tuberculose compliquant secondairement l'emphysème, est exceptionnel. A l'appui de cette manière de voir M. P. Martin (*Th. Paris*, 1901) rapporte six observations personnelles.

L'interprétation pathogénique de ces faits a varié avec les auteurs. Les uns y ont vu une simple coïncidence. D'autres, considérant la tuberculose comme une affection essentiellement sclérogène, expliquent la perte d'élasticité du poumon par l'action sur cet organe des toxines sclérosantes secrétées par le bacille de Koch. M. Mosny expose un autre mécanisme : la tuberculose pulmonaire s'accompagne dans certains cas d'une forte adénopathie trachéobronchique et même de médiastinite calleuse. L'adénopathie et la médiastinite provoquent la compression des pneumogastriques, compression qui équivaut à leur section. Or, Claude Bernard a démontré expérimentalement que la section des pneumogastriques amenait la paralysie des muscles des petites bronches et l'emphysème pulmonaire (emphysème neuroparalytique).

Les conclusions pratiques qu'il faut tirer des faits et des théories sont d'ordre pronostique et thérapeutique.

Cliniquement, on constate que dans la tuberculose emphysémateuse, il y a conservation du bon état général, absence de diarrhée, de vomissements, de sueurs ; la fièvre peut ne pas exister ou se manifester seulement par une légère exacerbation vespérale. L'évolution est souvent extrêmement lente, si lente que le danger ne soit plus au poumon tuberculeux, mais au cœur droit dilaté por l'emphysème et pouvant aller jusqu'à l'asystolie. En somme le pronostic est beaucoup moins grave dans cette forme de tuberculose que dans la tuberculose sans emphysème. Au point de vue thérapeutique il faut avoir en vue chez les malades en question : *le poumon et le cœur* ; le poumon qu'il faudra traiter avec d'autant plus d'attention et de constance qu'on connaîtra sa tendance presque naturelle à la guérison ; le cœur qu'il faudra surveiller et soutenir à la première menace de faiblesse. — R. B.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ostéo-sarcome du radius. — Tout ce que l'on sait sur l'étiologie de l'ostéo-sarcome du radius, c'est que cette affection est rare, qu'elle atteint l'adolescence et l'âge adulte (entre 10 et 35 ans), qu'elle se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme et que les malades qui en sont atteints en font remonter le plus souvent l'origine à un traumatisme antérieur. L'ostéo-sarcome du radius a comme lieu d'élection les épiphyses et tout particulièrement l'épiphyse inférieure, ce qui tient peut-être à la grande intensité des phénomènes vitaux de cette épiphyse qui fournit le plus en longueur à l'accroissement de l'os. Au point de vue rigoureusement scientifique on pourrait macroscopiquement décrire des sarcomes durs évoluant vers la calcification ou l'ossification, des sarcomes mous évoluant vers la dégénérescence kystique ou télangiectasique, des sarcomes centraux ou médullaires raréfiant la substance osseuse de la profondeur à la périphérie jusqu'à la réduire à une mince coque, des sarcomes périphériques envahissant de dehors en dedans le tissu osseux dont les parties profondes restent notablement intactes (ces sarcomes représenteraient comme des masses surajoutées à l'os) des sarcomes limités, des sarcomes envahissants; on pourrait microscopiquement adopter la classification de Gross et de Schwartz : sarcomes centraux à cellules fusiformes, à cellules rondes, à cellules giganto-cellulaires ou à myéloplaxes; sarcomes périostaux à cellules fusiformes, à cellules rondes ostéoïdes. Mais si l'on veut être plus schématique et moins vrai mais plus clinique, on peut dire qu'il existe deux variétés de sarcomes du radius : *le sarcome à myéloplaxes* et *le sarcome ordinaire banal*. Le premier est ici le plus fréquent; il est caractérisé histologiquement par ce fait qu'il contient des myéloplaxes : larges plaques protoplasmiques à protoplasma granuleux renfermant plusieurs noyaux semés sans ordre et émettant une série considérable de prolongements en pointe ou en massue. Contrairement à l'autre variété de sarcome qui peut aussi contenir ces myéloplaxes, mais en très petit nombre, le sarcome que nous avons en vue en est littéralement bourré. Le sarcome à myéloplaxes siège à l'épiphyse, de préférence l'inférieure ; il a son point de départ dans la moelle ; peu à peu il envahit et ramollit le tissu osseux, il arrive bientôt à donner à l'os un gonflement très accusé comme si l'os était soufflé en un point ; bientôt il transforme l'extrémité inférieure du radius en une masse arrondie quelquefois assez volumineuse, à surface inégale et bosselée sur laquelle les organes du voisinage creusent des empreintes, de consistance extrêmement molle, au point de faire croire à la fluctuation. Que l'on coupe cette tumeur, on constate qu'elle est formée d'une *coque* souvent très mince contenant des masses pulpeuses molles rougeâtres et violacées. Les parties voisines ne sont pas envahies, du moins au début.

Du sarcome ordinaire banal nous n'avons rien à dire qui ne soit connu. Histologiquement il se présente tantôt avec des cellules rondes à noyau volumineux, tantôt avec des cellules fusiformes, tantôt (sarcome ostéoïde) avec des cellules anguleuses rappelant les ostéoplastes et avec des masses de sels calcaires. Son siège est de préférence à la diaphyse ; le point de départ est périostique et la tumeur n'envahit l'os que de dehors en dedans ; aussi tantôt il laisse l'os à peu près intact, tantôt il l'érode jusqu'au canal médullaire et végète dans l'intérieur de l'os. La forme, les dimensions, la couleur, la consistance, varient extrêmement suivant chacune des sous-variétés. Le sarcome périostique envahit rapidement les parties sus et sous-jacentes. Quant aux ganglions, pour le radius comme pour les autres os, ils sont rarement infectés. La généralisation prend plus fréquemment la voie veineuse ; elle se fait souvent dans d'autres os ou dans des viscères, parmi lesquels il faut citer le poumon en première ligne.

Le début de l'ostéo-sarcome du radius affecte les modes les plus variables. Souvent c'est la douleur qui ouvre la scène, d'autres fois la tumeur apparaît elle même sans avoir été précédée par aucun trouble fonctionnel; on a vu encore, à l'occasion d'un léger traumatisme sur la main, une fracture spontanée se produire. A sa période d'état le sarcome du radius se présente sous deux aspects différents, suivant qu'on a affaire à la tumeur à myéloplaxes ou au sarcome périostique. Voici par exemple l'observation du sarcome à myéloplaxe appartenant à M. Dethan (*Thèse Paris*, 1902) : Une jeune fille de 17 ans vient consulter pour une gêne dans les mouvements de la main droite, gêne qu'elle rattache à une chute faite deux mois auparavant sur la paume de la main. A l'examen on est frappé de suite par une déformation qui rappelle le « dos de fourchette » classique. On pense donc qu'il s'agit d'une fracture du radius consolidée vicieusement, mais en palpant on est surpris de trouver une mobilité complète des deux fragments. En outre la palpation n'éveille aucune douleur et détermine une crépitation particulière au niveau de la face dorsale du poignet. La radiographie montre la disparition du tissu osseux de l'épiphyse, l'existence d'une coque touchant le bord cubital de l'os et suivant le cartilage articulaire, l'intégrité de l'articulation radio-carpienne. On fit l'amputation du bras. Dans un cas qui nous est personnel, une jeune fille de 20 ans présentait à l'extrémité inférieure du radius un gonflement arrondi pseudo-fluctuant assez peu douloureux, manifestement d'origine osseuse et

Digitized by Google

laissant intactes les articulations du poignet. On porta le diagnostic d'ostéite tuberculeuse de l'extrémité inférieure du radius. A l'opération on tomba sur une masse de tissu mollasse rougeâtre, contenu dans une mince coque osseuse. La tumeur fut enlevée dans sa totalité. L'examen histologique révéla tumeur à myéloplaxe. Actuellement, 3 mois 1/2 après l'opération, la malade va bien. Comme on le voit par ces deux exemples, à la période d'état le sarcome à myéloplaxes se présente sous forme d'une masse molle contenue dans une coquille osseuse qui se déprime sous le doigt puis revient à son état initial et qui peut dans quelques cas donner la sensation de lamelles osseuses se brisant sous la pression du doigt. Les ganglions sont intacts.

Par opposition le sarcome périostique rappelle les allures habituelles du sarcome du fémur et du sarcome du bras. L'os est envahi en son milieu par une masse dure compacte, envahissant les parties voisines jusqu'à prendre la peau qui laisse alors se dessiner à sa surface un petit lacis de vaisseaux néoformés.

L'évolution est bien différente dans les deux cas : Tandis que le sarcome périostique évolue en 6 mois à 1 an 1/2, envahissant progressivement les tissus avoisinants, formant des métastases et entraînant la cachexie puis la mort, le sarcome à myéloplaxe au contraire a une marche lente. Il évolue silencieusement pendant 5 ans, 9 ans et même plus ; on a tout le temps nécessaire pour faire accepter l'opération qui dans ces cas donne particulièrement de bons résultats. Le pronostic de la tumeur à myéloplaxes est donc tout différent de celui du sarcome ordinaire et l'on peut presque admettre avec Eugène Nélaton que « les sarcomes à myéloplaxes, bénins par essence, ne peuvent ni récidiver ni se généraliser ».

Cette dualité de gravité comporte un traitement différent pour chaque cas. Dans la tumeur à myéloplaxe on se contentera d'enlever toute la néoformation osseuse ; dans le sarcome ordinaire on sera d'autant plus radical que les parties molles sont plus envahies, car, comme l'a montré Quénu, « c'est l'invasion des parties molles qui constitue le danger de la propagation des sarcomes ». — R. B.

PÉDIATRIE

L'asthme chez les enfants. — Au commencement du siècle dernier, on ignorait l'asthme infantile. C'est une observation de Trousseau qui ouvrit ce chapitre de la pathologie.

L'asthme infantile diffère de celui de l'adulte par les caractères de la crise et l'allure toujours favorable du pronostic.

Après une émotion, un chagrin, une promenade un peu fatigante, la crise éclate. La face du petit malade est rouge, cyanosée, l'oppression est forte. A ce moment, comme le fait observer M. Lemonnyer qui a écrit un bon travail sur ce sujet (*Th. Paris*, 1902), le clinicien note un symptôme qui n'apparaît pas chez l'adulte : la fréquence des mouvements inspiratoires. Le chiffre des inspirations atteignant 40 à 60 par minute, le praticien peut croire à une bronchopneumonie. C'est une erreur. Au bout d'une à deux heures, la crise s'atténue, l'enfant qui asphyxiait et se cramponnait au bois de lit, se calme, les inspirations deviennent plus profondes, la toux reparaît, l'enfant s'endort. Le pouls, pendant la crise, atteint de 110 à 120 pulsations, la percussion de la poitrine est sonore, l'auscultation laisse entendre des râles généralisés. Le traitement par inhalations de pyridine, par fumigations de datura, diminue la crise dont la fin s'annonce parfois par une expectoration dans laquelle on peut trouver les crachats perlés. Une légère élévation thermique (38° à 38°,5) s'observe souvent pendant l'accès.

A côté de cette forme d'accès d'asthme typique, prennent place les formes torpides, sans fièvre, et ne se traduisant que par un catarrhe bronchique périodique, survenant à l'improviste et disparaissant de même, sans cause connue. Des râles sonores, sibilants et ronflants, encombrent les bronches de l'enfant qui se sent à peine malade.

Le pronostic est favorable, mais l'asthme étant chez l'enfant une manifestation de l'arthritisme (goutte, migraine, obésité, asthme chez les ascendants) et montrant des relations étroites avec l'eczéma, en sorte qu'on pourrait presque considérer la crise d'oppression comme une sorte d'énanthème, d'eczéma de la muqueuse bronchique, on ne saurait, en raison de ces conditions d'origine et de nature, conclure à une guérison définitive. La maladie, chez l'adulte, pourra bien reparaître sous une autre forme.

Le traitement sera médicamenteux et hygiénique. M. Lemonnyer, inspiré de la pratique de M. Comby, recommande pendant la crise soit l'injection d'une petite dose de morphine (être très prudent avec les opiacés) soit les fumigations de belladone, jusquiame, datura. La teinture de lobelia inflata, de grindelia robusta, donnera quelques résultats (XV à XX gouttes et au-delà) ; pour l'auteur la pyridine en inhalations (la verser sur un mouchoir et suspendre le mouchoir au cou de l'enfant) rendra des services. L'ipéca en poudre et à dose nauséeuse pourra faire avorter la crise et arrêter le spasme.

Comme traitement hygiénique, le praticien usera de l'iodure de potassium alterné avec l'arsenic :

Iodure de potassium.....	5 grammes
Eau distillée.....	100 —

Une cuillerée à café matin et soir dans un peu d'eau.

Digitized by Google

Quand cette solution sera terminée, on remplacera par :

Arseniate de soude.....	0 gr. 02
Eau.....	100 grammes

Une cuillerée à café matin et soir. Après quoi, repos de dix jours et on recommencera.

Les douches écossaises (jet brisé à 36° pendant 3 à 4 minutes, suivi d'un jet d'eau froide sur la partie antérieure et postérieure de l'enfant pendant 2 à 3 secondes) feront grand bien: on les continuera 5 semaines à 6 semaines de temps. Quant à l'alimentation, on évitera les grandes quantités de viande. Le régime lacto-végétarien renforcé à midi d'une petite quantité de viande sera surtout indiqué.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De la conduite à tenir dans les bassins rétrécis. — Laissons de côté les cas de rétrécissements relatifs, c'est-à-dire les cas où le bassin a des dimensions à peu près normales, mais est cependant trop petit pour laisser passer un fœtus trop volumineux. Occupons-nous seulement des rétrécissements absolus. Deux circonstances peuvent se rencontrer : 1° la femme vient consulter pendant la grossesse, bien avant le travail ; on peut discuter sur la conduite qu'il faudra tenir, soit immédiatement, soit plus tard ; 2° la femme se présente au cours du travail, réclamant une intervention immédiate.

La conduite à tenir dans le premier cas variera avec le degré du rétrécissement, le diamètre promonto-pubien minimum devant posséder les 9 centimètres 1/2 que mesure le diamètre bi pariétal d'un fœtus à terme.

Si le bassin mesure 9 centimètres, l'accouchement peut se faire, soit spontanément, soit artificiellement, par forceps ou par version.

Si le bassin mesure entre 9 et 8 centimètres, on peut, le plus souvent, éviter les méthodes sanglantes et faire accoucher prématurément la femme d'un enfant vivant.

Si le bassin mesure entre 8 et 6 centimètres, on ne peut pas compter sur l'accouchement avant terme provoqué, quoique par exception, des enfants prématurés de 6 mois à 6 mois 1/2 aient pu naître vivants dans des bassins de 5 centimètres 8. C'est alors que se pose la question du choix entre la symphyséotomie et la césarienne ; nous parlerons plus loin de leurs avantages et de leurs inconvénients.

Si le bassin mesure 6 centimètres, on ne peut recourir qu'à la césarienne. La symphyséotomie serait insuffisante, puisque pour les bassins inférieurs à 7 centimètres, l'agrandissement ne permet le passage d'un fœtus à tête dure qu'autant que celle-ci a un diamètre bi pariétal inférieur à 9 centimètres 1/2.

Deuxième cas : la femme se présente au cours du travail, réclamant une intervention immédiate.

Puisque nous supposons l'enfant vivant (et si nous n'en sommes pas sûrs, le doute doit être en sa faveur), toute embryotomie doit être proscrite. En définitive, nous restons en présence de la version et surtout des tractions modérées du forceps en cas de faible rétrécissement ; en cas contraire se pose à nouveau la question du choix entre la symphyséotomie et la césarienne (ce mot étant pris dans sa plus grande acceptation et comprenant : la césarienne conservatrice, le Porro ou hystérectomie sus-cervicale l'hystérectomie totale avec ou sans oophorectomie). Le Porro et la totale tirent leur indication de deux choses : d'abord de l'infection de l'utérus qu'il ne serait pas prudent de refermer et d'abandonner dans la cavité abdominale ; en second lieu, du degré intense du rétrécissement, qui permet de supposer que la femme enceinte à nouveau ne pourra pas plus qu'actuellement accoucher naturellement ou artificiellement et qu'elle risquera une seconde fois de succomber si l'on n'intervient pas par la même voie abdominale.

Essayons maintenant d'établir un parallèle entre la symphyséotomie et l'opération césarienne conservatrice.

La symphyséotomie présente comme accidents immédiats : les hémorragies dues aux déchirures des plexus vésicaux et aux déchirures des corps caverneux du clitoris ; les déchirures de la paroi antérieure du vagin et de la vulve, communiquant ou non avec la plaie symphysaire et risquant de l'infecter ; les déchirures et éraillements de l'urèthre et de la vessie aboutissant souvent à l'établissement de fistules vésico-vaginales ; l'incontinence d'urine permanente ou passagère sans fistule par trouble fonctionnel de la vessie ; le choc opératoire ; comme accidents éloignés : des troubles de la marche pouvant être dus à l'écartement des pubis, à l'arthrite sacro-iliaque.

La césarienne conservatrice présente comme accidents immédiats : l'hémorragie abondante, le choc opératoire, les complications infectieuses locales et générales ; comme accidents éloignés : l'éventration, la formation d'adhérences profondes et de brides, causes de douleurs et peut-être un jour d'étranglement.

Quant à la morbidité et à la mortalité comparées des deux opérations, voici les conclusions de M. M. Jean (*Th. Paris*, 1901) · La symphyséotomie donne une morbidité considérable de 65 0/0 environ : sa mortalité maternelle est de 13,15 0/0, sa mortalité infantile de 16,45 0/0. L'opération césarienne con-

Digitized by Google

servatrice a une mortalité maternelle de 6,18 0/0 et une mortalité infantile de 5,1 0/0. La césarienne est donc appelée à constituer l'opération de choix. R. B.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La caféine en thérapeutique infantile. — On connaît les ressources que la caféine fournit au praticien dans les cas d'urgence. Ses propriétés excitantes et diurétiques la rendent précieuse dans certaines affections cardiaques avec dégénérescence du myocarde, menaces de dilatation, état fœtal des bruits du cœur. La digitale n'agit plus : administrons de la caféine (3 à 4 injections sous-cutanées de 0,25) et la tension artérielle se relève, le cœur se ranime, la diurèse s'opère. L'anurie des néphrites persistant après une forte soustraction sanguine, l'adynamie des maladies chroniques, les désordres cardiaques dans les maladies infectieuses peuvent être également amendés par l'emploi passager de la caféine. Nous disons passager ; car le remède ne doit guère être employé plus de 2 à 3 jours de suite. Passé ce terme son action s'épuise. Il agit par un violent coup de fouet cinglé sur l'organisme ; celui-ci ne peut être répété sans inconvénient.

Et voilà pourquoi le remède ne convient pas généralement aux enfants. Leurs réactions nerveuses intenses et promptes s'accommodent mal de l'absorption d'un agent médicamenteux dont l'action trop énergique brutalise la fragilité de leur organisme.

M. le Dr Rousseau Saint-Philippe *(Journ. de Méd.* de Bordeaux, 3 août 1902), ne fait d'exception à l'emploi du remède que dans des cas bien déterminés qui se rangent dans les catégories suivantes : 1° cœur mou, température basse, pouls petit, misérable, urines rares, enfant somnolent, affaissé ; 2° collapsus et danger pressant dans les maladies infectieuses (choléra, diphtérie, fièvre typhoïde, parfois rougeole avec congestion excessive des voies respiratoires et menace de dilatation cardiaque).

Rarement la caféine doit être prescrite dans les affections aiguës fébriles des enfants. Elle risque d'agiter l'enfant, d'élever sa température déjà haute. Il faut donc l'écarter du traitement des fièvres éruptives ordinaires, du rhumatisme articulaire, de la péricardite, de l'endocardite, de la pleurésie avec ou sans épanchement et surtout de la broncho-pneumonie franche, localisée ou disséminée. Dans cette affection, l'enfant est profondément abattu. On pourrait prendre ce signe pour du collapsus ou de l'adynamie. Mais le cœur bat vite et fort, la respiration est haletante, des périodes d'excitation agitent l'enfant. Administrée à ces petits malades, la caféine les affole et exagère tous les accidents. En pareil cas, les bains tièdes (à 35° toutes les 3 heures, de 10 minutes de durée), ou les enveloppements humides du thorax agissent d'une façon bien plus active.

Quand les indications de la caféine se font sentir dans les cas de mollesse du cœur et de collapsus, on recourra à de faibles doses. Chez l'enfant, on ne dépassera pas la dose de 10 à 30 centigr. dans les 24 heures.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement des chéloïdes. — En même temps qu'il nous donnait la première description de la chéloïde (kéloïde comme il l'écrivait alors), Alibert nous faisait connaître dans sa *Monographie des dermatoses* (Paris, 1832), le traitement qu'il conseillait contre cette affection et qui consistait en topiques variés : pulpes fraîches de morelle, de jusquiame, de belladone, emplâtres d'opium, de ciguë, etc..., ayant tous pour but l'atténuation des phénomènes douloureux dont la tumeur pouvait être le siège. Depuis lors de nombreuses variétés de traitement ont été proposées, que nous allons passer successivement en revue.

Qu'il s'agisse de chéloïde spontanée (variété disséminée ou variété présternale) de chéloïde traumatique (la plus fréquente des trois) ou d'acné chéloïdienne de la nuque (appelée aussi chéloïde acnéiforme de la nuque), le traitement général paraît inutile ; il est cependant logique de l'appliquer chez les tuberculeux, où la chéloïde peut paraître une des manifestations de la tuberculose. En somme le traitement de la chéloïde est essentiellement local.

Le traitement local est palliatif ou curatif. Celui-ci doit avoir le pas sur celui-là. Le traitement curatif comprend les seuls procédés que nous sayons à étudier :

L'extirpation sanglante de la tumeur. C'est la méthode de choix, c'est celle qu'il faut employer tout d'abord, car si elle réussit, elle débarrasse complètement et rapidement le patient de cette production laide et quelquefois douloureuse. Mais le procédé sanglant doit pour réussir être employé avec certaines précautions. Il faut d'abord que la tumeur soit enlevée dans sa totalité en profondeur et en largeur. M. Vidal évalue l'épaisseur totale d'une chéloïde au triple de l'épaisseur de la saillie qu'elle fait au-dessus de la peau (soit 15 millimètres pour 5 de saillie) ; de toutes façons il est assez facile d'enlever avec la chéloïde une partie ou la totalité du tissu cellulaire sous-jacent et de se rendre compte au doigt et à l'œil de l'état des parties profondes. Il est quelquefois plus difficile de savoir où s'arrête la tumeur en surface, car souvent elle envoie sur sa périphérie viennent presque tangentes. On peut renouveler la

Digitized by Google

des épanouissements fibreux en éventail qui peuvent se prolonger assez loin. Dans tous les cas on doit de parti-pris dépasser notablement la saillie et entailler dans la peau saine d'environ 1 centimètre. Une seconde condition, essentielle pour réussir, est d'obtenir une réunion par première intention. Pour atteindre ce résultat il faut avoir soin d'opérer avec la plus grande propreté, de ne pas faire de mâchures des lèvres de la plaie et d'éviter tout tiraillement qui tendrait à faire couper les fils. La propreté est facile à obtenir de tout praticien soigneux ; la régularité des lèvres de la plaie est le résultat d'une incision franche, avec un bistouri bien tranchant et décrivant des lignes régulières ; quant à l'écueil du tiraillement de la plaie, s'il s'obtient aisément dans les petites chéloïdes, il pourra néanmoins être difficile à éviter dans le cas de vaste perte de substance ; on y obviera aisément si l'on sait utiliser la méthode d'autoplastie dite « par glissement », méthode qui utilise l'élasticité des téguments voisins décollés des plans sous-jacents aussi loin qu'il est nécessaire pour l'affrontement des deux lèvres de la plaie (la seule précaution à prendre consiste à mettre un petit drain à la partie déclive du décollement afin que les liquides épanchés, sang, sérosité, trouvent issue au dehors). Enfin, si la perte de substance est de faible importance et linéaire, il semble qu'il y ait tout avantage à ne pas traverser l'épiderme par des crins qui irriteraient un tissu ne demandant qu'à proliférer, mais à maintenir l'affrontement soit par des corps agglutinants (collodion, traumaticine) recouvrant une mince bande de gaze, soit par une suture intradermique à un fil. Delpech (*Thèse Paris*, 1881) recommande particulièrement de faire de la compression sur la plaie pendant la cicatrisation, afin de combattre la tendance à la récidive. Je ne sais pas jusqu'à quel point cela est vrai. Il se peut qu'une compression large uniformément faite et avec douceur régularise la cicatrisation et contienne dans de justes limites (au moyen de la légère anémie mécanique) la réparation qui a tendance à être exubérante. Mais cette compression doit être faite avec beaucoup de soin, car des frottements intempestifs tendraient plutôt à augmenter le bourgeonnement.

La destruction par le galvano-cautère, le thermocautère ou les caustiques forts comme le caustique de Filhos, auraient donné, au dire de quelques observateurs, des résultats satisfaisants. En général, cependant, ces procédés ne sont pas à recommander car ils irritent et font proliférer le plus souvent la néoformation.

La modification par les scarifications est évidemment une méthode qui semble paradoxale mais qui est cependant née de l'expérimentation. Vidal, le promoteur de la méthode, raconte qu'étant appelé à donner ses soins à une malade porteuse d'une chéloïde fort douloureuse, il avait réussi à la délivrer de ses souffrances en faisant à deux reprises des incisions multiples dans la production morbide pour en couper les filets nerveux. Pour assurer la guérison il fit une troisième séance de scarification ; mais lorsque la malade revint, six jours après, il fut frappé de voir que la tumeur avait manifestement diminué de volume : or cette amélioration ne pouvait être attribuée qu'aux scarifications, car on s'était abstenu de tout autre traitement, Il était dès lors indiqué de continuer à scarifier et l'opérateur eut le bonheur mêlé d'étonnement d'obtenir ainsi une guérison, une disparition totale de la production chéloïdienne. La technique opératoire est fort simple. Les incisions faites avec un excellent bistouri sont faites parallèlement les unes aux autres, à 1 cent. de distance, dépassant les bords de la chéloïde et la traversant en entier dans le sens de la profondeur (par conséquent pouvant plonger, s'il en est besoin, de 1 centimètre à 1 cent. 1/2).

Les scarifications sont assez douloureuses et s'accompagnent d'une légère hémorragie qui est arrêtée par l'application de petits tampons d'ouate hydrophile. Le meilleur pansement est constitué par des bandelettes d'emplâtre de Vigo. Les séances sont faites une fois par semaine. Malheureusement ce procédé qui n'est pas toujours couronné de succès est d'une lenteur désespérante et ne peut trouver son indication que dans les toutes petites chéloïdes.

L'électrolyse fut employée pour la première fois par le Dr Hardaway, de Saint-Louis (Etats-Unis) qui, de même que Vidal pour les scarifications, n'appliquait pas au début ce traitement pour faire disparaître la chéloïde, mais bien pour détruire des follicules pileux ; grande fut sa surprise de constater pendant la durée du traitement que les cicatrices diminuèrent d'épaisseur et finirent par s'aplanir complètement.

Brocq, qui a expérimenté la méthode, se sert d'une pile à courants continus Chardin au bichlorure de mercure à 23 éléments. Le pôle positif aboutit à un cylindre métallique que le malade tient dans sa main; le pôle négatif à une fine aiguille de platine iridié qu'on fait pénétrer jusqu'à un maximum de 1 centimètre dans le tissu chéloïdien. On tourne alors assez lentement la poignée jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre marque 5 milliampères. A ce moment se forme autour de l'aiguille une zone blanc jaunâtre ou blanc mat qui, au bout d'un temps qui variant d'entre 1/4 à 1/2 minute, s'est étendue jusqu'à mesurer de 3 à 5 millimètres de rayon ; en même temps on constate que l'aiguille joue librement. On répète ensuite une seconde piqûre à 1 centimètre de la première, de façon que les zones blanchâtres de-

Digitized by Google

séance 10 à 15 jours plus tard. Cette méthode est très douloureuse, si douloureuse qu'elle nécessite dans certains cas l'injection sous-cutanée de cocaïne. Quant aux résultats ils sont exprimés ainsi par la phrase suivante de Brocq : « Je n'ai vu que dans un seul cas des tumeurs kéloïdiennes disparaître sous l'influence de l'électrolyse et encore les plus volumineuses ont-elles persisté. »

Les injections médicamenteuses interstitielles, particulièrement la méthode de P. Marie qui se sert d'huile créosotée à 6 pour 30, méthode qui produirait une sorte d'embaumement sans inflammation de la peau ambiante, a dans quelques cas exercé une action efficace ; on ignore encore si elle a été définitive.

L'électricité statique a été employée, il y a trois ans, à Lille par mon ancien maître le Dr Derville, et les résultats sont consignés dans la thèse du Dr Bécue (*Thèse Paris*, 1899). La machine dont ils se sont servis est une machine du type de Wimshurt, à plateaux de verre verni à la gomme laque, de 50 centimètres de diamètre et donnant à une vitesse modérée des étincelles de 3 centimètres de longueur. Un des collecteurs de la machine est mis en communication avec un tabouret à pieds de verre sur lequel se tient le patient, l'autre aboutit à un excitateur relié au sol par une chaîne métallique et tenu au moyen d'un manche de verre par l'opérateur. Celui-ci approche lentement l'excitateur de la chéloïde à une distance suffisante pour permettre la production de l'étincelle, et le promène ainsi sur toute l'étendue de la tumeur. La séance dure ordinairement 10 minutes et doit être répétée tous les 15 jours. Ce traitement est peu douloureux, mais il est long. Il a produit des résultats satisfaisants.

La variété de traitements que nous venons d'exposer indique bien souvent leur impuissance. Cette impuissance de la thérapeutique des chéloïdes tient à ces deux notions : qu'il y a quelques cas exceptionnels de guérison spontanée de ces tumeurs, si bien que dans les cas de guérison provoquée, il y a toujours place pour un doute, et que inversement dans la plupart des cas la récidive est la règle, si bien que les résultats éloignés sont les seuls probants. Quoi qu'il en soit, le vrai traitement curateur est l'ablation sanglante suivie de la réunion *per primam* ; il donne tous les jours des succès non douteux ; s'il y a récidive on pourra avoir recours aux autres méthodes secondaires ci-dessus décrites ; enfin que l'on se voie complètement impuissant à faire rétrocéder la tumeur, il faut alors instituer le traitement *palliatif* qui consiste à éviter le moindre frottement et à appliquer quelque pommade inerte émolliente. En cas de douleurs les scarifications sont indiquées. — R. B.

VARIÉTÉS

Recette contre les maux vénériens

Cette recette est de Madame Fouquet, la mère du surintendant des finances. Nous en avons déjà parlé, de cette bonne dame, à propos d'un merveilleux emplâtre appliqué sur l'abdomen d'une reine qui venait d'accoucher : cet emplâtre avait déterminé la sortie immédiate de l'arrière-faix. Des accidents graves qui s'étaient déclarés prirent fin aussitôt (n° 36).

Voici une recette qui, pour n'avoir pas guéri de personnage royal, n'en est pas moins assurée d'une efficacité manifeste. Madame Fouquet, en l'offrant au public, y va de son éloquence, une éloquence à la fois indignée et vengeresse, que l'esprit de charité vient amollir comme un cataplasme bienfaisant : « Il ne faut prendre, nous dit-elle, les maux vénériens que comme de justes effets et des châtiments corporels de ce malheureux péché qui seul précipite plus d'âmes dans l'Enfer que tous les autres ensemble ». Mais l'expérience ayant prouvé que l'on peut contracter ces maux vénériens par contagion innocente et imprévue : telle une femme pieuse de son mari débauché, un enfant de lait de sa nourrice criminelle, une nourrice innocente de son enfant de lait infecté, il convient de se montrer indulgent « Pour ces raisons, la charité chrétienne qui est toute patiente et toute pleine de douceur et de bénignité, m'a obligée de mettre ici quelques recettes assez faciles et très assurées pour secourir les uns et les autres, le tout à la plus grande gloire de Dieu ». Et Madame Fouquet nous transcrit la formule qui suit :

Tisane merveilleuse pour toutes sortes de maux vénériens :

Bois de gaïac râclé	4 onces
Ecorce de gaïac concassé	4 —
Salsepareille coupée à petits morceaux	4 —
Vin blanc	9 litres
Séné	4 onces
Anis	1 —

A prendre, un demi-litre de cette décoction tous les matins à jeun et, s'il est nécessaire, toutes les après-dîner, 4 heures après les repas.

Un vin laxatif et dépuratif, comme on voit, et qui ne devait pas être mauvais comme éliminateur des toxines syphilitiques.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme* : on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinonaturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEFER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr Raymond

L'hématomyélie

Il existe des maladies à allures graves, qui, en dépit de la sévérité des symptômes, se terminent favorablement. Celles-ci, le praticien doit les connaître s'il ne veut pas s'exposer à des erreurs de pronostic. Telle la malade que M. le Pr Raymond montre dans une de ses leçons. Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, blanchisseuse de son métier, qui présente le syndrome de Brown-Séquard, sur les membres inférieurs, à savoir : une paralysie motrice d'un côté et une paralysie de la sensibilité de l'autre. La mère de cette femme est morte de tuberculose, son père a succombé à une intoxication professionnelle par le plomb. Une double tare héréditaire a donc guetté la malade dès sa naissance : une tare tuberculeuse par le côté maternel, une tare saturnine par le côté paternel. Rien de spécial à noter dans son enfance, sinon un coup de brancard dans le côté gauche des reins qui tient la fillette, — elle avait alors 8 ans, — alitée pour quelques semaines. Plus tard elle se marie, fait deux fausses couches, perd deux enfants. Le 5 mars 1901, un accident imprévu ouvre la porte aux troubles actuels. La malade s'embarquait à Rio-de-Janeiro quand elle eut une grosse peur. Le feu prit au navire ; elle but un verre d'eau glacée. Tout de suite elle ressentit des symptômes alarmants : douleurs dans l'estomac et les reins, paralysie des membres inférieurs, difficultés d'uriner. La malade ne pouvait soulever ni le pied, ni la jambe ; on dut la sonder les quelques jours suivants. Peu à peu et par la suite, les mouvements reparurent d'abord à la cuisse, puis dans la jambe; mais le mieux ne fut que temporaire. A la suite d'une émotion nouvelle, la paralysie reparut et s'aggrava, mais cette fois surtout à gauche.

C'est à la suite de ce second accident que la malade entra à la Salpêtrière. Elle est en traitement depuis 13 mois. L'état général est excellent : sommeil bon, appétit normal, intelligence conservée. En outre une grande amélioration est survenue dans l'état local. Alors qu'à l'entrée, la femme marchait en fauchant à la manière d'une hémiplégique, elle avance en tirant à peine la jambe.

Il existe une légère contracture de la jambe gauche ; la jambe est raccourcie, le pied tourné en dehors. On constate le réflexe en extension de l'orteil (signe de Babinski). Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés; pas de phénomènes vésicaux. Amaigrissement du groupe externe antéro-musculaire, avec troubles assez accentués des réactions électriques. Les membres supérieurs sont indemnes.

Il existe donc un trouble moteur évident de la jambe gauche ; ce trouble s'accompagne d'altérations de la sensibilité du côté opposé. A droite, le tact est conservé, mais la sensibilité à la douleur et à la température est abolie. Le trouble sensitif remonte jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic ; à ce niveau la sensibilité reparaît peu à peu et non brusquement, comme dans les troubles d'origine hystérique. Les sphincters ont conservé leurs fonctions normales.

L'examen des yeux montre une musculature externe physiologique, mais on note la perte du réflexe lumineux à gauche, avec conservation du réflexe de l'accommodation (signe d'Argyll-Robertson) A droite, il existe une paresse de la pupille à la lumière, avec conservation du réflexe de l'accommodation.

Quel diagnostic porter ?

Ce n'est pas un mal de Pott hystérique. Dans ce cas une douleur permanente de la peau, véritable dermalgie, est fixée au niveau du sacrum ; d'autre part, il n'existe que très rarement de dissociation des divers modes de la sensibilité et la zone d'anesthésie se termine brusquement en manche de veste. Rien de semblable dans le cas présent. La dissociation de la sensibilité y est évidente, l anesthésie se dissipe progressivement et peu à peu. La malade. en réalité, ne présente aucun stigmate hystérique,

Faut-il songer à une tumeur médullaire? Un des types symptomatologiques des tumeurs intra-méningées consiste tout juste dans ce syndrome de Brown-Séquard, constaté dans le cas présent. Mais l'évolution éclaire la nature des accidents : dans les tumeurs vertébrales, il y a d'abord une première période caractérisée par des douleurs, des pseudo-névralgies, plus tard seulement apparaissent les phénomènes d'altération de la motilité. Ici le début a été paralytique à la fois et douloureux, et tout a marché rapidement, une telle allure n'est pas le fait des tumeurs vertébrales. D'ailleurs, les accidents ont débuté après l'ingestion d'un verre d'eau froide; puis ils ont rétrocédé. Pareille étiologie, pareille atténuation n'appartiennent pas à l'histoire des tumeurs.

Un signe important offert par la malade est la réaction d'Argyll-Robertson qu'elle présente aux pupilles. En dehors du tabes et de la paralysie générale, c'est là une signature habituelle de la syphilis (Babinski). Ce signe peut exister seul et sans autre stigmate spécifique. La malade présente laisse un point douteux dans son histoire. A-t-elle eu la syphilis? Le nombre de ses fausses couches et de ses enfants morts légitime cette conjecture ; mais on ne saurait la certifier. En tous cas l'idée d'une gomme ou d'une méningo-myélite syphilitique doit être

Digitized by Google

rejetée. La présence du syndrome de Brown-Séquard est bien notée dans des accidents de cet ordre ; mais d'autres signes font cortège, qui manquent ici : la rachialgie, les douleurs en ceinture, les engourdissements, les fourmillements. Quant à la dissociation de la sensibilité, lorsqu'elle existe dans les myélites syphilitiques, elle est généralement incomplète, très irrégulière, variable dans ses modes.

La femme a été frappée brutalement ; ce début brusque cadre mal avec l'idée de syphilis. A supposer que celle-ci ait existé, elle aurait agi simplement en altérant les vaisseaux. On pourrait encore songer au tabes qui s'accompagne souvent de monoplégie. Mais les monoplégies tabétiques sont le plus ordinairement, rapides et curables ; ici la monoplégie est permanente. D'ailleurs le syndrome de Brown-Séquard avec monoplégie spasmodique, ce qui est le cas actuel, ce syndrome ainsi associé ne figure pas dans le tableau du tabes.

Deux diagnostics restent en présence : l'hématomyélie, c'est-à-dire l'hémorragie médullaire, et la syringomyélie. Mais la syringomyélie donne rarement naissance au syndrome de Brown-Séquard; son action se porte d'autre part plus souvent sur les membres supérieurs que sur les inférieurs. Et puis le début est différent. La syringomyélie qui est liée à la résorption d'un tissu (gliome), dont la trame est faite d'une prolifération de la névroglie, la syringomyélie, en raison de la nature même de sa cause, ne peut évoluer que lentement. Dans l'hématomyélie les accidents se montrent subits. C'est surtout cette considération du mode de début qui permet le diagnostic. Car les deux maladies occupant souvent le même siège se traduisent par des signes identiques. Ce n'est pas la nature du mal, c'est sa disposition topographique qui commande les symptômes. En 1888, Minor, à Moscou, montrait un syndrome de Brown-Séquard pur avec dissociation des sensibilités. Il crut à de la syringomyélie. C'est une hématomyélie centrale qu'il trouva à l'autopsie.

Au début et avec Hayem on avait toujours considéré l'hémorragie de la moelle comme secondaire. C'est une myélite suraiguë qui serait la cause de l'hémorragie. Pareille proposition n'est plus admise. La syphilis, l'athérome, les anévrysmes miliaires, les cachexies, les maladies infectieuses, la syringomyélie même peuvent donner naissance à l'hématomyélie. D'autre part, celle-ci est souvent primitive. Un coup de froid, un traumatisme, une décompression brusque suffisent à produire des ruptures vasculaires. Chez la malade, c'est à la suite d'un verre d'eau glacée que parurent les accidents.

Comment se terminera la maladie? L'hématomyélie peut évoluer de différentes manières ; elle s'accompagne de paralysie, de monoplégies, d'atrophies musculaires, de troubles des sphincters. Mais une fois installés, ces symptômes peuvent rester stationnaires, ou s'aggraver, ce qui est rare, ou rétrocéder, ce qui est le cas actuel.

M. Raymond porte un pronostic favorable. La femme va guérir. Et la malade présente n'est pas la seule chez qui il ait vu l'hémorragie médullaire se terminer par la guérison. Plusieurs cas de sa pratique lui ont fourni une issue heureuse, ce qui indique que la note sombre adoptée par les classiques doit être réformée.

Le traitement est simple. Il s'agit de maintenir les forces, de pratiquer de la révulsion le long de la colonne vertébrale. S'il se montre des troubles sphinctériens, un devoir impérieux s'impose : en cas de rétention d'urine, ne pas infecter la vessie par l'introduction d'une sonde malpropre.

Existe-t-il des antécédents spécifiques, le traitement mercuriel sera institué. L'électrothérapie appliquée avec précaution pourra combattre l'atrophie musculaire. Seulement il conviendra d'user de l'électricité avec prudence, de façon à éviter la myélite toujours à redouter en pareil cas.

MÉDECINE D'URGENCE

La saignée

Quand le mot d'urgence est prononcé en médecine, il évoque tout de suite l'idée d'une intervention chirurgicale ou obstétricale. Il existe une chirurgie, une obstétrique d'urgence. Il existe aussi une médecine d'urgence. La chirurgie et l'obstétrique d'urgence ont leurs traités spéciaux, la médecine d'urgence, moins bien pourvue, n'en possède pas. Pour le praticien, c'est une lacune. Se trouvant en face d'un malade, il n'a pas toujours le loisir de remettre sa décision au lendemain. Il doit agir et sans tarder. Une existence est attachée à la promptitude de son intervention. La pratique d'une saignée, l'administration des bains à un typhique, d'une injection mercurielle à une encéphalopathie syphilitique, voilà entre autres médications pressantes, quelques-unes de celles qui ne souffrent aucun retard. Nous les passerons tour à tour en revue. L'étude de la saignée commencera le chapitre.

Nous ne nous arrêterons pas sur le manuel opératoire. Tous les praticiens le connaissent. Disons seulement que dans les cas où la veine médiane céphalique serait, comme il arrive parfois, difficilement accessible, le praticien n'hésitera pas. Il dissèquera la veine médiane basilique, et l'ouvrira sur la sonde cannelée. De cette façon, la blessure de l'artère humérale ne sera pas à craindre.

La saignée répond à un triple but. Elle diminue

Digitized by Google

la tension sanguine, exerce une action décongestionnante à distance, élimine des poisons. Elle semble donc requise dans toutes les affections à tension sanguine exagérée ou qui se caractérisent par l'intensité des phénomènes congestifs et l'empoisonnement du sang. Les maladies à hypertension vasculaire, les maladies congestives ou toxiques circonscrivent le territoire de la saignée, territoire en certains points théorique, car, pratiquement, le domaine n'a pas toute l'étendue que la théorie lui concède. La saignée, quand la maladie dure, ne peut être répétée à volonté; elle ne trouve son indication que dans des circonstances déterminées. Comme l'a dit M. Huchard (1), *elle doit rester la médication d'un symptôme, d'un accident, d'une complication, et non pas d'une maladie.*

C'est parce que les limites de son action n'avaient pas été posées d'une manière précise, que jadis les abus avaient été commis. On saignait à tort et à travers. En sorte que les excès de la méthode avaient abouti à la réaction. Et la vogue injustifiée avait conduit au discrédit terminal.

I. Saignée dans l'hypertension artérielle. — Dans l'hypertension artérielle, les soustractions sanguines ne donnent que des résultats précaires, et obtenus meilleurs et à moins de frais par d'autres médications (régime lacto-végétarien, trinitrine, iodures, etc.), car la saignée appauvrit le sang : elle lui enlève ses globules, son hémoglobine, diminue la quantité de plasma. Ce sont là pertes qu'il convient de ménager, d'autant qu'elles ne sont pas compensées par des avantages évidents. L'hypertension artérielle n'est que légèrement et passagèrement réduite par la saignée ; pour l'abaisser d'une façon durable, il faudrait enlever à l'homme 2 à 3 litres de sang. Aussi M. Huchard rejette-t-il avec raison la saignée du traitement de l'hypertension artérielle.

Il n'en use que dans les circonstances pressantes, quand il convient d'agir d'une façon rapide, mais non durable. C'est ainsi que la saignée pourra combattre les effets d'une hypertension artérielle exagérée, arrêter les menaces d'une congestion ou d'une hémorragie cérébrale. Au début de l'hypertension artérielle liée à l'*artério-sclérose* il existe souvent de la congestion céphalique : « les malades ont le visage rouge, facilement cyanosé ; la tête est lourde, l'œil injecté ; le malade est en proie à des éblouissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de l'angoisse thoracique, surtout après les repas, les émotions, les travaux intellectuels » (2). Dans des cas analogues, il est utile de faire une saignée de 300 grammes ou d'appliquer quelques sangsues à l'anus. *Chez les femmes, à l'époque de la ménopause*, il existe souvent de l'hypertension artérielle : une soustraction sanguine rendra des services, à condition d'être modérée et de ne compromettre en rien la santé de la femme. *Les jeunes gens, dans les années de croissance*, présentent aussi souvent de l'hypertension artérielle ; mais il sera dangereux de la réduire moyennant des émissions sanguines, les jeunes gens n'ayant pas trop de leur sang pour faire face à tous les frais de leur développement corporel.

Aux périodes avancées de la cardio-sclérose, lorsque les malades maigrissent et entrent dans cette sorte de cachexie sèche que décrivaient les anciens et que M. Huchard a rappelée, les émissions sanguines doivent être rejetées. Les organes à cette période, sont déjà atteints de méiopragie par suite de l'insuffisance de leur irrigation sanguine. Pratiquez une saignée à de pareils sujets ; leurs organes fléchissent tout à fait. Il n'est fait d'exception qu'en faveur de la sclérose rénale ; mais, en pareil cas, un autre élément morbide s'ajoute à l'hypertension vasculaire. Des phénomènes d'intoxication sont entrés en scène, et la saignée, dans la sclérose rénale, est, comme nous le dirons, bien plus dirigée contre les dangers d'intoxication que contre les signes de l'hypertension.

II. Saignée dans les maladies congestives. — Nous avons vu la saignée indiquée dans l'hypertension artérielle accompagnée de congestion cérébrale. L'accident congestif, c'est lui qui avait créé l'indication thérapeutique. Quand cet accident congestif est prédominant dans un organe — qu'il s'accompagne ou non d'hypertension artérielle, qu'il soit lié à une fluxion active comme dans l'œdème aigu du poumon, dû à une congestion passive avec hypertension veineuse comme dans les cardiopathies arrivées à la période de dilatation cardiaque, les émissions sanguines rendront des services.

Nous étudierons la saignée dans les affections congestives des différents systèmes organiques : saignée dans les maladies congestives de l'appareil respiratoire, circulatoire, hépatique, nerveux, rénal.

1° *Saignée dans les maladies de l'appareil respiratoire.* — Après avoir fait couler des flots d'encre, la saignée dans les maladies de l'appareil respiratoire s'est vue délaissée et injustement. Dans *la pneumonie*, les abus qu'on s'était autorisés ont abouti au rejet de la méthode et à son abandon constant. L'abstention systématique constitue une faute au même titre que l'intervention tyrannique exercée dans tous les cas. Les pneumoniques doivent être saignés, mais seulement dans certaines conditions ;

(1) *Traité de maladies du cœur et de l'aorte*, 3me édit. T. I.
(2) Thierry. La saignée. *Th. Paris*, 1887, p. 53.

Digitized by Google

lorsqu'ils sont vigoureux ou pléthoriques, entachés de goutte ou d'arthritisme, quand la dyspnée est vive, que la face se cyanose, que les veines du cou se dilatent, qu'une expectoration mousseuse et sanguinolente révèle une congestion pulmonaire rapide. En pareil cas, une saignée de 300 à 400 grammes rendra des services. La pneumonie, en tant que maladie, n'est pas justiciable de la saignée ; elle ne l'est qu'en tant que maladie compliquée d'un accident, et cet accident est la congestion pulmonaire avec tendances asphyxiques. On en pourrait dire autant de la *bronchite aiguë* de l'adulte; dans les formes graves avec dyspnée et fièvre vive, une saignée de 150 à 200 grammes pourra être utilisée. De même dans l'*apoplexie pulmonaire,* quand chez un sujet vigoureux une hémoptysie modérée se double de signes de congestion œdémateuse (saignée de 200 à 300 gr.).

Aussi bien c'est la congestion pulmonaire idiopathique ou secondaire qui réclame le plus souvent pareille médication. La *congestion idiopathique (Maladie de Woillez),* sans doute le plus souvent se contente d'émissions sanguines locales (ventouses scarifiées sur le thorax), aidées d'un vomitif, d'une potion calmante; pour l'ordinaire celles-ci suffisent. Parfois cependant il faut aller plus loin. Que l'abondance et l'étendue des signes physiques indiquent une congestion interne et généralisée, qu'il se montre, comme dans la pneumonie, des signes asphyxiques avec cyanose des extrémités et de la face, il faut pratiquer la saignée générale (300 à 500 gr.).

La *congestion pulmonaire secondaire*, qui accompagne les *affections chroniques des poumons et des bronches*, se passe le plus souvent de l'emploi de la saignée. Rappelons toutefois que les anciens pratiquaient la saignée dans la *tuberculose pulmonaire;* Sydenham la recommande. Selon lui, de petites saignées de temps à autre retardent l'évolution du mal. Cette opinion n'est pas aussi étrange qu'il paraît. On sait combien les phtisiques supportent parfois facilement des hémoptysies modérées se répétant à quelques mois d'intervalle. La phtisie à hémoptysies est parfois une phtisie lente, mettant des années à évoluer.

La *congestion des maladies infectieuses aiguës*, en raison de l'atteinte portée à l'état général, risquerait fort de mal se trouver d'une soustraction sanguine abondante. Les malades ne la supporteraient pas. Quelques ventouses scarifiées pourront être appliquées dans la congestion typhique, quand au début du mal les signes pulmonaires précoces accompagnent une intoxication rapide; l'émission sanguine agira en pareil cas, comme l'épistaxis si fréquente dans la fièvre typhoïde. Elle débarrassera d'abord l'organisme d'un certain nombre de poisons qui l'encombrent et exercera en outre une action salutaire sur les poisons restants et qu'elle n'aura pas soustraits. Ceux-ci, comme l'a démontré Albert Robin, sous l'action d'une émission sanguine modérée, sont oxydés plus rapidement; or, l'oxydation des déchets, comme on sait, a pour effet à la fois de les rendre moins toxiques et plus solubles. Ayant moins à souffrir de leur présence, l'organisme d'autre part les élimine plus aisément. Les mêmes émissions sanguines pourront convenir dans la *congestion pulmonaire grippale, rhumatismale.* Mais ce sera là en général un traitement d'exception. D'autres médications (bains frais, sulfate de quinine, injections de caféine, ipéca, etc.), administrées au gré des circonstances, tiendront d'ordinaire la tête du tableau thérapeutique.

Dans certaines affections chroniques, telles que le mal de Bright et l'artério-sclérose, la congestion est fréquente. Elle l'est encore dans les affections cardiaques (affections valvulaires du myocarde, de l'aorte). Nous en reparlerons à l'occasion des maladies rénales et cardiaques. Disons seulement que la congestion est tantôt passive, localisée aux bases et s'installe progressivement, tantôt au contraire fait une irruption brusque, amène une asphyxie rapide et la mort presque foudroyante, si le médecin n'intervient pas énergiquement.

Nous nous trouvons dans ce dernier cas, en présence de l'*œdème aigu du poumon.* Cette maladie décrite par MM. Huchard (1) et Renaut est le triomphe de la saignée. Elle s'observe, selon le médecin de Necker, surtout dans les affections de l'aorte : celles-ci déterminent de la périaortite et retentissent sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires, d'où augmentation considérale de la tension vasculaire dans la petite circulation et insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit. Cette forme d'œdème serait surtout d'origine nerveuse bien qu'un double élément, à la fois mécanique (hypertension pulmonaire et insuffisance aiguë du ventricule droit) et toxique (imperméabilité rénale très fréquente), s'y vienne ajouter (Huchard). Mais il existe aussi des œdèmes aigus moins riches de pathogénie et d'origine toxique pure, tels que ceux qu'on observe dans le mal de Bright, ou encore des œdèmes d'origine mécanique pure (œdèmes aigus avec expectoration albumineuse, consécutifs à une thoracentèse trop rapide ou trop abondante). Dans ces formes d'œdème, des bulles sous-crépitantes fines occupent toute la hauteur des poumons, la toux s'accompagne d'une expectoration mousseuse. L'asphyxie est rapide. Pas une minute n'est à perdre. Il faut pratiquer la saignée. Celle-ci ne désobstrue pas les alvéoles encombrées par l'exsu-

(1) Huchard. L'œdème aigu du poumon et son traitement. *Revue générale de clinique*, 1895, p. 372, et 1897, p. 289.

Digitized by Google

dat, elle ne rouvre pas tout de suite les réseaux vasculaires des alvéoles déjà lésés qui ont été comprimés par l'exsudat et rendus exsangues ; mais, comme le fait remarquer M. Renaut (1), la saignée empêche l'envahissement progressif et souvent très rapide des portions saines du parenchyme, par l'afflux sanguin qui ne trouve plus sa voie dans les parties lésées. La saignée doit être large : 300 à 400 grammes. Le médecin n'hésitera pas. Sans crainte de la syncope et malgré l'aspect blafard du malade, il tirera la quantité de sang nécessaire. — Ch. Fiessinger.

FAITS CLINIQUES

Paralysie alterne due à un gliome cérébral

par M. le Dr A. Breton (de Dijon)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

La valeur du praticien est jugée, sinon par le succès de ses cures que dans les cas graves il n'est pas toujours possible d'obtenir, au moins par la sûreté de ses pronostics. Celle-ci étant liée à la connaissance exacte du mal, les faits cliniques qui permettent, par l'établissement d'un diagnostic précis, de prévoir une issue fatale à échéance certaine, surtout quand l'interprétation en est assez délicate, comportent toujours leur intérêt. C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante, curieuse encore par des particularités d'un autre ordre.

Th... Joseph, âgé de 35 ans, entrait à l'hôpital le 3 octobre 1900, pour impotence fonctionnelle des membres du côté gauche.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à 48 ans, d'accident. Sa mère âgée de 68 ans, se porte bien. Un frère âgé de 33 ans vit et jouit d'une bonne santé. Un autre frère mourut à 39 ans, à Lyon, d'une maladie inconnue de Ch. . Il a une sœur bien portante, mariée sans enfants.

Antécédents personnels. Marié depuis sept ans, il n'a pas d'enfants. Il n'y a pas d'autre maladie à relever dans son passé qu'une rougeole dans son enfance. Pas de maladies vénériennes. Il accomplit son service militaire en France sans être seulement indisposé. En février 1899, il éprouve de la gêne respiratoire du côté gauche. Il n'y prête d'abord aucune importance et se soigne à domicile. Mais peu à peu il est contraint de suspendre son travail et se présente à l'hôpital où il est admis en juillet 1900. Il y séjourne pendant trois semaines et nous explique qu'il a entendu parler de pleurésie. Quoi qu'il en soit il achève sa convalescence dans sa famille et reprend ses occupations cinq semaines après.

Début de la maladie actuelle. A la fin de 1899, le malade se rend compte de troubles particuliers. En se baissant, il est pris de vertiges, il lui semble qu'il tourne comme « s'il se trouvait sur un manège de chevaux de bois ». Son acuité visuelle diminue pour l'œil droit, il a de l'épiphora. En marchant, il chancelle et titube comme un homme ivre.

Un mois après, il a de la diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche avec épiphora. A ce moment il constate la difficulté sérieuse qu'il ressent pour mouvoir les deux yeux, le droit principalement. En janvier 1900, paraît une diplopie superposée qui entrave la vision. Pour la vision à peu près distincte, il est obligé de s'arrêter, de faire face à l'objet qu'il regarde et doit le fixer pendant longtemps.

Jusqu'au mois d'août, il n'y a pas d'autres symptômes, mais alors la céphalée entre en scène. Elle se manifeste à la chute du jour, croît avec l'approche de la nuit, atteint son apogée avec elle. Le paroxysme douloureux dure pendant deux à trois heures. Néanmoins, le sommeil arrive et, au réveil il n'y a plus trace de douleur. Cette céphalée débute à la région oculaire, s'étend à la superficie du crâne et paraît se localiser dans la région frontale. Elle est bilatérale, aussi intense d'un côté que de l'autre. En outre, il y a une diminution manifeste de l'olfaction, la perte progressive de la sensibilité gustative sur la moitié droite de la langue. En janvier 1900 également, cet homme ressent de l'engourdissement dans la moitié droite de la face, dans la joue droite surtout. Ses lèvres lui semblent épaissies, de même la moitié droite de la langue qui lui paraît rude au contact. Il en résulte de la gêne dans la mastication. En mai 1900, apparaissent des fourmillements, puis des engourdissements dans les doigts de la main gauche. Il en est devenu inhabile. Il échappe facilement les objets; le bruit de la chute l'avertit seule de leur absence. Tous ces signes s'aggravent jusqu'à l'état actuel. Peu après, les mêmes symptômes paraissent dans le membre inférieur gauche. D'abord, des fourmillements étendus jusqu'aux orteils, puis des engourdissements. La marche est gênée. En juin 1900, la nécessité d'une canne se fait sentir. Depuis un mois, l'aide du bâton est indispensable. Dans la station verticale, le pied gauche perçoit le contact du sol comme à travers un paquet de mousse. Le membre inférieur droit est absolument respecté. Intégrité complète des sphincters anal et vésical.

Etat actuel, 6 octobre 1900. Examen de l'œil droit. Les mouvements de rotation de l'œil sont complètement abolis. Occlusion incomplète de la paupière. Au commandement d'ouvrir les yeux, le muscle frontal se contracte fortement. Mydriase. La pupille réagit à peine à la lumière. Pas de réflexe accommodateur. Nystagmus. La lecture est presque impossible. La vision latérale n'est possible que si le malade se tourne entièrement du côté de l'objet à voir. Abolition des phosphènes. A l'ophtalmoscope, il y a de la congestion de la papille.

Examen de l'œil gauche. La motricité est partiellement respectée. La pupille ne peut être portée ni en haut et en dehors, ni en bas et en dehors. A l'état normal, la pupille est moyennement dilatée. Les réflexes lumineux et accommodateurs se font, mais faiblement. Un peu de nystagmus. occlusion complète de la paupière. Rien d'anormal à l'ophtalmoscope. L'œil gauche paraît plus saillant que le droit, qui semble enfoncé, et dont l'ouverture palpébrale paraît plus étroite.

L'acuité auditive est diminuée à droite, normale à gauche.

La sensibilité olfactive semble hyperesthésiée à droite.

Examen de la face. La commissure labiale est déviée à gauche. Les rides du visage, le sillon naso-labial sont marqués à gauche, effacés à droite. La queue du sourcil gauche est sur un plan plus élevé que celle du droit. Si on demande au malade de montrer ses dents, la bouche ne s'entr'ouve que dans sa moitié gauche. A droite, les lèvres restent accolées. Dans l'acte de souffler, l'orbiculaire se contracte à gauche, mais à droite le malade fume la pipe. Dans l'acte de siffler, il y a contraction exclusivement dans

(1) *Traité de thérapeutique* d'Albert Robin. Fascicule VIII p. 68.

Digitized by Google

la moitié gauche des lèvres, qui restent flasques et closes à droite. Si on demande de gonfler les joues, le malade y parvient à gauche et non à droite. Le réflexe massétérin existe, normal à gauche, exagéré à droite. La mastication s'opère difficilement à droite, aisément à gauche. Les mouvements de déduction de la mâchoire s'opèrent mal et lentement à droite, facilement à gauche. Le broiement des corps durs est impossible à droite, et ne s'opère que du côté gauche.

Examen de la langue. La pointe est déviée à gauche.

Depuis le mois d'août 1900, il y a de la dysarthrie. Le malade peut rechercher les particules alimentaires sous les arcades dentaires et le sillon gingivo-labial gauche, mais point à droite. Il peut porter la pointe de la langue derrière les dents supérieures, mais non la replier entièrement. La sensibilité gustative est abolie sur la moitié droite de la langue, à gauche elle est conservée.

Le réflexe pharyngien est aboli au chatouillement.

Il n'y a que de la parésie des muscles du voile du palais. Pas de troubles dans la déglutition des liquides. Voix un peu nasonnée.

L'acuité auditive est normale à gauche, diminuée à droite.

L'olfaction est normale à gauche, diminuée à droite.

Il n'y a pas d'accès de suffocation.

Les mouvements de latéralité de la tête se font, mais ils causent des vertiges.

Le cœur bat régulièrement, de 95 à 100 par minute.

Démarche du malade. Celle d'un hémiplégique gauche. La marche n'est possible qu'avec l'appui d'un bâton solide. Le membre inférieur gauche est traîné, avec la pointe du pied qui fauche, comme chez les hémiplégiques vulgaires. Outre cette difficulté inhérente à la paralysie, il y a encore les vertiges, la démarche ébrieuse, la tendance à la rotation avec entraînement du côté gauche.

Examen du membre supérieur gauche. Ce membre est frappé de paralysie incomplète. Au dynamomètre, la main gauche donne 60 de traction, 25 de pression, tandis que la droite rend 70 de traction et 30 de pression. Pour saisir cet instrument, les doigts de la main gauche sont animés de mouvements athétosiformes. Ils saisissent l'objet, le lâchent et ne parviennent à le maintenir qu'après plusieurs prises difficiles. Un tremblement est survenu deux mois après la paralysie. Depuis, il a persisté. Il consiste en secousses rapides horizontales d'autant plus nettes et accusées que le membre est maintenu en extension. Dans les doigts, on peut voir nettement des mouvements rappelant ceux de la paralysie agitante.

Membre inférieur gauche. Dans le décubitus horizontal, le malade lève avec aisance le membre inférieur droit. Quant au gauche, il y a hésitation et tremblement pendant le même acte. Au repos, on peut constater un tremblement fibrillaire généralisé à tous les muscles de la cuisse. Au commandement, le malade croise la jambe droite facilement et régulièrement. Il lance au contraire la gauche à l'instar d'un ataxique et la ramène ensuite en situation voulue. Nous n'avons pas relevé de trépidation épileptoïde L'absence du signe de Babinski était manifeste.

Atrophie musculaire du côté paralysé. La mensuration prise à la partie moyenne du bras gauche donne 17 centim. 1/2 à gauche et 18 centim. à droite. 34 centim. à la partie moyenne de la cuisse droite, 25 centim. à la partie moyenne de la jambe droite, pour 33 centim. et 24 centim. aux points correspondants à gauche.

L'examen électrique a été fait par M. le Dr Michaut, à la compétence duquel nous avons eu recours. Il a bien voulu nous remettre la note suivante dont nous le remercions. Exagération faradique des muscles innervés par le facial droit : réaction normale à gauche. Pour les membres supérieur et inférieur droits, réaction normale; tandis qu'à gauche il y avait augmentation de l'excitabilité faradique.

Voici l'étude *des réflexes*. Exagération du réflexe du coude gauche, abolition du réflexe plantaire gauche, exagération du réflexe rotulien gauche, réflexe crémastérien gauche à peine marqué. Tous ces réflexes normaux à droite.

La sensibilité explorée dans ses divers modes, a permis de constater une diminution de la sensibilité thermique dans toute la moitié gauche du corps. Le tact et l'impression douloureuse nous ont paru respectés. Aucune perturbation dans la moitié droite.

Les facultés intellectuelles étaient respectées. Le malade pouvait donner tous les renseignements demandés. Il avait parfaitement conscience de lui-même et sa mémoire ne lui faisait pas défaut. L'embarras de la parole ne tenait qu'à la gêne musculaire : les labiales n'étant prononcées que par la moitié gauche des lèvres, tandis que les linguales étaient bredouillées.

Sachant écrire, le malade put nous donner un spécimen de son écriture qui n'a rien de particulier.

Pas de glycosurie. Pas d'albuminurie. Mais il y avait polyurie constante pendant le séjour dans le service. Le volume total des urines rendues en 24 heures oscillait entre trois litres 1/2 et quatre 1/2.

Aucune lésion cardiaque, aucune altération du rythme.

L'auscultation pulmonaire révèle au contraire un foyer de râles sous-crépitants fins, localisés dans la fosse sous-épineuse gauche, et sous la clavicule du même côté. Un foyer identique est à la base du poumon gauche. L'exploration des autres viscères ne révèle rien de pathologique. Telle est l'observation détaillée de cet intéressant malade.

En résumé, nous voyons : une hémiplégie gauche coïncider avec une paralysie faciale droite associée à une ophtalmoplégie droite extrinsèque complète, intrinsèque incomplète, unie à une ophtalmoplégie gauche extrinsèque incomplète. Le diagnostic d'une affection pédonculo-protubérantielle s'imposait donc. Quelle était la nature de la lésion? L'absence d'ictus, la marche lente et progressive de la lésion, l'apparition des paralysies, les vertiges, la démarche ébrieuse, la céphalée, la congestion papillaire, indiquaient la présence d'une tumeur. Quelle pouvait en être la nature ? Bien que le malade niât toute contamination syphilitique, le caractère vespéral et nocturne de la céphalée, son acmé paroxystique nocturne firent songer d'abord à une manifestation de cet ordre. Un traitement énergique dirigé en ce sens n'ayant donné aucun résultat, cette hypothèse fut abandonnée. Rattachant les signes stéthoscopiques pulmonaires actuels à l'affection pulmonaire antérieure (dont il est fait mention au début de l'observation), l'idée d'un tuberculome semblait justifiée. Ce fut donc à ce dernier que se fixa la nature de la lésion. L'autopsie démontra l'erreur de cette interprétation.

Grâce aux symptômes cliniques, nous pouvions

Digitized by Google

localiser exactement le siège du néoplasme. L'anatomie apprend en effet que les noyaux d'origine de la troisième paire sont situés dans le triangle protubérantiel du quatrième ventricule, sur la base de la corne antérieure. Ces noyaux d'origine forment une bandelette de substance grise étendue parallèlement à l'aqueduc de Sylvius. On y a distingué un noyau d'origine distinct pour chacun des muscles oculaires innervés. De plus, on a disjoint les centres de musculature interne et de musculature externe. Or, notre malade ayant une ophtalmoplégie extrinsèque droite totale, ses noyaux d'origine devaient tous être lésés. La musculature interne de l'œil droit étant incomplètement paralysée, les noyaux d'origine devaient être ou irrités, ou peu lésés. La juxtaposition du noyau de la quatrième paire explique aisément sa participation à la paralysie. La pupille gauche ne pouvant être portée en bas et en dehors, les noyaux d'origine des deux nerfs pathétiques étaient touchés. Le rapprochement du noyau de la quatrième paire de celui du petit oblique de la troisième paire nous permet de comprendre pourquoi la pupille gauche ne pouvait être portée en haut et en dehors. La paralysie de la sixième paire permet de saisir la paralysie faciale, vu la connexion intime des deux faisceaux d'origine.

Reste l'hémiplégie gauche. Le pédoncule cérébral, dans son étage inférieur, est divisé en trois bandelettes distinguées d'après leur situation en interne, moyenne et externe. La moyenne étant occupée par le faisceau pyramidal devait supporter la lésion. Mais point seule. La paralysie faciale, celle des membres masticateurs, donnait à penser que la bandelette interne ou faisceau géniculé participait à cette lésion.

Les rapports si intimes de la protubérance avec les fibres pédonculaires cérébelleuses justifiaient les vertiges, la démarche ébrieuse du malade.

Ces données d'anatomie appliquées à la clinique aidaient grandement à la localisation topographique du néoplasme.

En réunissant le faisceau des signes observés : paralysie, vertiges, démarche titubante, hémiplégie gauche, polyurie, on conçoit que la lésion devait être intra-pédonculo-protubérantielle, siéger dans la moitié droite de la protubérance, empiéter un peu sur la partie correspondante gauche de ladite région.

Deux types de paralysies alternes sont décrits dans les auteurs classiques : le type Weber, consistant en une hémiplégie d'un côté associée à la paralysie de l'oculo-moteur commun du côté opposé; le type Millard-Gubler, où la paralysie du facial d'un côté s'unit à une hémiplégie du côté opposé. A laquelle des deux variétés avions-nous affaire ? A une forme mixte vraisemblablement, réunissant les deux syndromes et participant aux symptômes propres à chacune des deux variétés.

A l'analyse, notre cas paraît plus complexe encore. Rappelons le tremblement du côté des membres paralysés, les mouvements d'athétose des doigts et nous serons en droit d'invoquer, en outre, l'alliance du syndrome de Benedikt, puisque cet auteur le définit : hémiparésie avec paralysie croisée du moteur oculaire commun avec un *tremblement* des parties paralysées.

Ayant perdu de vue le malade au 1er novembre, nous apprenions sa mort le 29 du même mois. Elle survint progressivement, sans phénomènes importants à signaler. L'autopsie fut refusée par la famille, mais grâce à l'extrême obligeance de M. le Dr Deroye, professeur de clinique interne, nous avons pu examiner le cerveau seulement.

L'ossature du crâne n'a rien d'anormal. La dure-mère n'a pas de lésions. Le lobe gauche du cerveau est sain. — *Lobe droit.* Petite plaque laiteuse pie-mérienne au niveau de la scissure sylvienne. Même lésion, au niveau de la face inférieure du lobe frontal, sur le bord latéral interne. En ce point, piqueté hémorragique surperficiel de la substance cérébrale. La décortication des méninges s'opère facilement en tous points.

Examen de la protubérance. Sur sa moitié droite, la substance cérébrale, ramollie, est entraînée par l'eau de lavage. La lésion s'étend sur le pédoncule cérébelleux moyen. Au toucher, sensation de résistance anormale non perçue du côté opposé et contrastant avec l'état de deliquium du tissu nerveux. En incisant, on met à nu une masse jaunâtre, très dure, logée dans toute la moitié droite de la protubérance, empiétant faiblement sur la moitié gauche interne correspondante.

Cette tumeur pénètre toute l'épaisseur de la protubérance et vient s'étendre sur la partie moyenne et supérieure du plancher du quatrième ventricule. On peut facilement l'énucléer. Elle pèse 8 grammes, a une forme ovoïde, est mamelonnée à sa surface. Sur une coupe, outre sa résistance, elle présente un aspect lardacé. L'examen microscopique a révélé la *nature gliomateuse* du néoplasme.

Cette autopsie a donc confirmé le diagnostic porté au lit du malade. Mais l'examen histologique a montré l'erreur commise quant à la nature de la tumeur, puisqu'il s'agissait d'un gliome et non d'un tubercule.

Il est regrettable que les autres viscères n'aient pu être examinés.

Digitized by Google

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie médicale

Responsabilité civile du médecin

Un ouvrier travaillant sur les chantiers de construction d'une voie ferrée est victime d'un accident grave. L'entrepreneur fait quérir le médecin ; celui-ci arrive trop tard. L'ouvrier était mort depuis quelques heures. Qui est cause de l'issue fatale ? L'accident, sans doute ? Non pas, c'est le médecin. La veuve de l'ouvrier attribua le décès de son mari à la venue tardive du médecin et assigna celui-ci en paiement de dommages-intérêts. La cour de Pau eut à juger. L'arrêt rejeta la plainte et donna gain de cause à notre confrère.

Ce dernier habitait un pays très accidenté; une distance de dix kilomètres le séparait du lieu de l'accident. On l'appela au milieu de la nuit ; il était près du blessé à huit heures du matin. La femme de l'ouvrier soutenait que l'hémorragie avait été cause de la mort, la jambe ayant été écrasée par la roue d'un wagon. En arrêtant l'hémorragie, notre confrère eût sauvé le patient. Voilà une femme singulièrement experte. Trois heures au moins, et en se pressant en toute diligence, étaient nécessaires au confrère pour qu'il pût être sur les lieux. Pendant ces trois heures, la vie du blessé était sauve ; passé ces trois heures, c'en était fait. Le bonhomme mourait parce que le médecin n'était arrivé qu'au bout de 3 heures 1/4. M'est avis que la femme exagérait quelque peu : notre confrère eût visité le blessé sur l'heure, comme il n'a pas été établi du tout que l'hémorragie eût été cause de la fin, la mort se fût produite tout de même. Et alors quoi ? C'était encore la faute du confrère. Le blessé est mort parce qu'il avait été mal soigné. Quand le client succombe, c'est toujours la faute du médecin.

Le tribunal a jugé que sans doute le médecin peut être rendu responsable du dommage causé par sa négligence ou son imprudence ; mais que dans l'espèce il convenait d'établir le délit. Comment prouver la négligence, l'imprudence ? On vous appelle au milieu de la nuit ; on ne prévoit pas le danger, c'est loin. La course est remise au matin. Ce retard est tout naturel. En outre, le plaignant prétend qu'un préjudice a été causé à son détriment ; prouvez ce préjudice. Montrez que le blessé ne fût pas mort si le médecin se fût déplacé sur l'heure. La femme de l'ouvrier ne pouvant établir la preuve a été déboutée de sa demande.

Le fait qui précède a été emprunté à l'*Echo Médical du Nord*. En voici un que nous relevons dans *Le Journal*.

Un médecin adresse une note de 180 francs à un clerc de notaire dont il a soigné la fille. Le client est tenu de payer par arrêt du juge de paix. Que fait mon clerc de notaire ? Il assigne le médecin en réclamation d'une indemnité de 1.500 francs. Pourquoi ? Parce que le médecin étant contraint de s'absenter s'était fait remplacer pour quelques jours par un de ses parents, externe des hôpitaux. La jeune fille était elle morte ? Non pas, elle avait guéri.

Cette fois encore le jugement a donné gain de cause à notre confrère :

« Attendu, dit l'arrêt, que la faute lourde ou l'impéritie apparaissent d'autant moins que la mineure B... est revenue à la santé et que l'on recherche vainement quel a été le préjudice causé. ».

Voilà qui est fort bien. On n'est pas coupable quand on a guéri ses clients. Il faut un jugement du tribunal pour nous en assurer.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Nouveaux emplois du gomenol. — Le gomenol dont nous avons déjà eu lieu d'apprécier les avantages dans le traitement de la bronchite fétide (n° 7) et des brûlures (n° 20) est aussi utilisé avec succès dans diverses autres maladies.

Les douleurs de l'*orchite aiguë* sont rapidement calmées par son emploi. M. le Dr Maigrot emploie l'huile au titre de 50 °/₀. Il en imbibe une plaque de coton hydrophile dont il enveloppe le scrotum. Par dessus, toile imperméable, le tout étant placé dans un suspensoir. Chez un malade, la douleur avait disparu 12 heures après.

M. Poisson (*Th. Paris*, 1902) recommande le gomenol dans les *cystites douloureuses*. En solution huileuse à 5/100, il pourra être employé en injections intra-vésicales et remplacer le gaiacol dont nous avons parlé (n° 36) pour le traitement local de la cystite tuberculeuse (injections de 10 à 20 gr., quotidiennes d'abord, puis espacées davantage).

Les *crevasses du sein* seront guéries en 2 ou 3 jours. Après chaque tétée, laver le sein avec une solution tiède de gomenol (une cuillerée à café par verre d'eau bouillie) et verser une goutte d'huile à 50 °/₀ sur la crevasse qu'on protége ensuite avec une touffe d'ouate aseptique. Avant la tétée suivante laver le sein pour ôter le gras de l'huile.

Le remède a encore reçu d'autres applications. Il réussit dans les *fièvres puerpérales* en injections intra-utérines (2 à 3 cuillerées à soupe par litre d'eau bouillie) (Dr Dubousquet-Laborderie), dans les cas *d'eczéma* et comme topique externe sous forme de compresses (Dr Depoux, 2 gr. 1/2 pour 1000 d'eau bouillie) et en général dans toutes les plaies et solutions de continuité du tégument externe (Dr Delmas).

On l'a utilisé dans les voies respiratoires de diverses façons. Le Dr Maigrot l'a employé en injections dans la *pleurésie* (4 c.c. d'huile gomenolée à 20 0/0 dans la plèvre, renouvelées tous les quelques jours) et a guéri dans le service de M. Audhoui, à l'Hôtel-Dieu, deux malades par ce procédé alors que plusieurs ponctions avaient été préalablement essayées sans résultat.

Le Dr Dubousquet-Laborderie a également insisté sur les bons effets du remède dans la *tuberculose pulmonaire* (injections d'huile gomenolée dans la fesse, 4 c. c. — jusqu'à 40 et 50 c. c., 3 semaines de temps, interrompre 10 jours et reprendre 3 semaines). Dans la *coqueluche*, M. le Dr Leroux se loue des injections d'huile gomenolée au 1/5 à la dose de 5 c. c. au début pour monter à 8 et enfin 10, sans jamais remarquer d'intolérance.

M. le Dr Fournier a prescrit le remède dans un cas d'*haleine fétide* lié à des troubles dyspeptiques. Le malade a guéri en un mois, en absorbant 2 capsules de 0 gr. 25 de gomenol à chaque repas. Toutes ces applications diverses et ces succès font du gomenol un agent très recommandable en thérapeutique.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin.

La colique de plomb

On ne sait plus traiter la colique de plomb. L'ancien traitement des Frères de la Charité est oublié et c'est un tort. Le séné est le meilleur médicament à employer dans l'espèce ; c'est un évacuant qui ne produit pas de coliques, si l'on a soin de laver préalablement dans l'alcool les follicules qui abandonnent de la sorte un principe irritant.

Le praticien prescrira :

Follicules de séné lavés à l'alcool. 20 grammes
Faire infuser une demi-heure.

Ajouter :

Sirop de nerprun..... 30 grammes
A avaler par petites gorgées.

Cette purgation provoque des garde-robes qui soulagent le malade. Le second jour, on recourra à un purgatif plus doux. La casse et la manne sont à recommander :

Casse..... } àâ 30 grammes
Manne..... }
Faire infuser dans un demi-litre d'eau bouillante. A avaler à jeun.

Le 3e jour on recourra à un lavement avec un électuaire de l'ancienne pharmacopée : l'électuaire diaphœnix :

Electuaire diaphœnix..... 15 grammes
Eau tiède..... 300 —

Cet électuaire pourra être absorbé par la bouche et dès le second jour, en place de l'infusion de casse et de manne, si les coliques sont faibles.

En cas de forte intensité des coliques, on renforcera au contraire l'action de l'infusion de casse en y ajoutant du tartre stibié :

Casse..... 30 grammes
Tartre stibié..... 0 gr. 05
Eau bouillante..... 300 grammes

Cette infusion qui sera bue par petites gorgées, produira une action à la fois vomitive et purgative.

Grâce à cette méthode, les coliques de plomb les plus intenses éprouveront un amendement rapide.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

L'eau oxygénée en obstétrique. — L'eau oxygénée pénétra en chirurgie en 1882. Ce fut Nicaise qui l'utilisa le premier. Dès 1884, elle était employée dans le service du Dr Terrier. Néanmoins, ses propriétés en obstétrique ne sont pas toujours inoffensives; des accidents d'origine mécanique peuvent se montrer. Bonnaire redoute les dangers possibles d'embolie gazeuse, pour lui il convient de ne faire usage de cet antiseptique qu'à partir du quatrième jour, tout au moins, après l'accouchement. C'est sur les observations fournies par cet accoucheur que M. le Dr Cattier a composé un mémoire récent (*Paris, Steinheil*, édit. 1902).

Les trois principaux antiseptiques utilisés en obstétrique sont l'eau iodée, le permanganate de potasse, la liqueur de Labarraque. M. le Pr Budin emploie volontiers l'eau iodée à 3/1.000, en injections intra-utérines. L'eau oxygénée trouve ses indications à plusieurs périodes, avant l'accouchement, après l'accouchement, au cours des accidents infectieux.

Avant l'accouchement, elle servira à pratiquer la désinfection prophylactique du vagin ; elle rendra surtout des services dans la décomposition putride du liquide amniotique réalisant le syndrome clinique décrit sous le nom de « fièvre de travail », qui se produit dans le travail de longue durée, alors que la poche des eaux s'est rompue prématurément et que la femme a été l'objet d'examens répétés. Réitérées plusieurs fois dans les 24 heures, ces injections entravent la marche de l'infection et permettent d'attendre. Aussitôt que le fœtus est sorti, l'injection sera renouvelée. M. Bonnaire la pratique systématiquement chaque fois qu'il y a eu «fièvre de travail », le nouveau-né lui-même pouvant tirer avantage de l'emploi de l'eau oxygénée, et sa peau et ses yeux se nettoyant de ce fait avec soin.

Dans les infections suites de couches, ce sont surtout les infections putrides qui s'accommodent de l'eau oxygénée. Ces infections putrides sont dues aux microbes les plus variés : des anaérobies, tels que le micrococus fétidus, le staphylococcus parvulus, etc., sont en jeu. Le bactérium coli est aussi isolé dans un certain nombre de cas. Le plus souvent, plusieurs espèces de germes sont associées.

L'eau oxygénée combat les anaérobies avec succès et mieux qu'aucun autre antiseptique. En outre, le développement de gaz qu'elle émet, fait que cette substance s'immisce dans les moindres orifices, pénètre entre tous les petits débris. Elle est donc doublement indiquée, d'abord pour son action contre les anaérobies et ensuite pour la profondeur de son action désinfectante. M. Cattier la recommande comme l'antiseptique de choix ; c'est encore elle qui réduira le mieux l'infection utérine par rétention de caillots et putréfaction lochiale, les ulcérations et eschares vulvo-vaginales.

Digitized by Google

La technique est celle des injections intra-utérines ordinaires ; la solution est employée tiède et coupée de moitié d'eau. Au contact du sang, il se produit une mousse gazeuse, une effervescence considérable. Si les sinus sont béants, une embolie gazeuse se peut produire. C'est la raison pour quoi M. Bonnaire recule au quatrième jour l'usage de l'eau oxygénée. Toutefois, M. Dezanneau (*Thèse de Paris*, 1899), parle de la pratique de M. Boissard, lequel préconise ces injections à une époque beaucoup plus rapprochée de l'accouchement et n'a jamais observé d'accident. Ce n'est pas une raison pour qu'il ne s'en produise pas. Il paraît plus prudent d'attendre au quatrième jour, et à ce moment même, pour plus de précaution et de crainte que quelques bulles ne restent dans l'utérus, on fera suivre l'injection d'eau oxygénée d'un lavage avec 4 ou 500 grammes d'un autre antiseptique, tel que la liqueur de Labarraque. M. Bonnaire use encore d'une autre précaution, pendant l'injection. Il saisit l'utérus à travers la paroi abdominale et le masse énergiquement de la main gauche pendant que la main droite dirige le jet. On ferme ainsi, du moins en partie, l'entrée des sinus. Ajoutons que le danger n'est pas purement mécanique ; il tient aussi à la toxicité du produit. Celui-ci doit être neutre. S'il ne l'est pas, on y ajoutera à une solution de borate de soude à 5 0/0 ou d'eau bicarbonatée. — L. M.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

L'électricité faradique dans le traitement des dermatoses prurigineuses. — Les travaux de Leloir et Doumer en France, de Mouell en Amérique ont démontré les bons effets de l'électricité statique dans les affections prurigineuses de la peau. Les courants de haute fréquence et la faradisation donnent des résultats analogues. M. le Dr Bouveyron (*Echo Méd. Lyon*, juillet 1902) recommande la faradisation comme étant d'application plus aisée ; tout médecin possède en effet un appareil faradique, il pourra appliquer une des électrodes sur le sternum et la transformer en électrode indifférente (méthode unipolaire), l'autre électrode étant promenée sur les régions malades ; ou bien les deux électrodes sont appliquées sur les places prurigineuses (méthode bipolaire). Il a semblé à M. Bouveyron que le pôle positif exerçait sur le prurit une action sédative plus marquée que le pôle négatif. On emploiera un courant aussi fort que le malade peut l'endurer sans douleur, en se souvenant que la sensibilité au courant faradique des malades atteints de dermatoses est très variable. Tel ne supporte pas un courant très faible, alors que tel autre tolère des courants très intenses. Les séances, quotidiennes d'abord, puis espacées ensuite, sont d'une durée d'une demi-heure. Nombre d'affections cutanées sont améliorées par cette méthode : tels le lichen circonscrit, l'eczéma prurigineux, le prurit anal et vulvaire, les eczémas séborrhéiques prurigineux. Chez un homme de 58 ans, nerveux et dyspeptique, un lichen très prurigineux du dos des mains fut guéri pendant 12 jours avec deux séances quotidiennes de faradisation. Passé ce terme, le prurit récidiva, mais d'une façon très atténuée. Une autre malade, fille de 35 ans, avait son prurit — le prurit très rebelle d'un lichen du visage et du dos de la main — calmé pour 2 à 3 jours, après chaque séance prolongée de faradisation. Soumise plus tard à l'effluviation statique, ce traitement ne produisit rien. Non seulement le prurit avait disparu par la faradisation, mais aussi les papules et la lichénisation. Tout cela reparut avec le traitement statique.

Dans deux cas de prurigo sénile généralisé, la faradisation se montra au contraire impuissante. En résumé et malgré quelques insuccès qui semblent tenir à la généralisation du prurit, la faradisation n'en jouit pas moins d'une action suspensive sur la plupart des prurits localisés. Cette action suspensive, bien que temporaire, contribue cependant à améliorer indirectement un grand nombre de dermatoses dont le prurit est l'un des principaux facteurs de production, de prolongation ou d'aggravation.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'agurine. — L'agurine est un sel de théobromine soluble. C'est l'acétate double de théobromine et de soude. M. Huchard l'a expérimenté dans son service et le prescrit avec avantage à ses malades. Son interne, M. Bergouignan, a étudié ce produit dans une thèse excellente (Paris, 1902). On connaît les indications de la théobromine. Elles ont été exposées par M. Huchard. « Pendant une certaine période de sa maladie, dit-il, le cardio-rénal se comporte plutôt comme un rénal que comme un cardiaque, ce qui veut dire que l'insuffisance rénale l'emporte sur l'insuffisance cardiaque ; alors le régime lacté exclusif et la théobromine, qui n'ont aucune action sur le cœur et qui concentrent leurs effets sur le rein, font merveille pendant quelque temps... Puis vous voyez se perpétuer des œdèmes d'une autre nature, et vous êtes étonnés que la même médication ne produise plus le même effet... Ce malade rénal il y a quelques jours se comporte aujourd'hui comme un cardiaque, les œdèmes rénaux il y a quelques jours sont aujourd'hui d'origine cardiaque. Donc la théobromine qui agit surtout directement sur le rein et à peine sur le

Digitized by Google

cœur, devient maintenant un diurétique infidèle et l'heure de la digitale a sonné. »

La théobromine étant peu soluble, il convenait de trouver un composé de théobromine, qui, tout en conservant les propriétés diurétiques du remède, lui assurât en même temps une solubilité plus grande. L'agurine fut présentée par M. le Dr Destrée à la Société de thérapeutique, 30 juin 1901. C'est une poudre blanche, hygroscopique, rapidement absorbée. La diurèse se produit dès les 24 heures qui suivent son administration. M. le Dr Solacolu a fait récemment une étude de ce produit (*J. Med. Int.*, août 1902). L'action de l'agurine sur le cœur est nulle ; parfois il a semblé à l'auteur que la tension artérielle subissait une légère augmentation. Par contre, la sécrétion urinaire est augmentée, ainsi que la quantité des produits solides de l'urine. De même que la théobromine, l'agurine agit par excitation directe de l'épithélium rénal.

Les résultats ont été favorables surtout dans les cas d'artério-sclérose avec sclérose cardiaque, œdème, sans lésion rénale. La diurèse s'élève, monte de 500 cc. à 2,500, 3,000 et 3,500 cc., l'oppression disparaît, la régularité des battements se rétablit. Chez les artério-scléreux avec lésions rénales et présentant des symptômes d'urémie, la quantité d'urine s'est également élevée de 100 et 300 cc. jusqu'à 1,000 et 1,200 cc. La céphalée a cédé; les vomissements, plus tenaces, ont résisté pendant six et 12 jours.

Dans les cas d'épanchement péritonéal chez les cirrhotiques, la diurèse a été faible, de même dans un cas de pleurésie.

L'auteur a donné le remède à la dose de 3 et 4 gr. pendant plusieurs semaines sans observer d'intolérance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fistules urétro-rectales. — Les fistules urétro-rectales sont rares, ce qui explique qu'elles aient été peu étudiées. Ce sont toutes des infirmités très pénibles et qui méritent une grande attention parce qu'elles peuvent avoir de graves conséquences et parce que leur traitement présente de grandes difficultés.

Du traitement prophylactique il y aurait trop à dire, car les soins préventifs consistent à traiter toutes les lésions uréthrales qui se propageant à la prostate et aux zones périprostatiques menacent d'aboutir à une collection purulente pouvant s'ouvrir dans le rectum (traitement des rétrécissements de l'urèthre, ouverture des collections prostatiques ou périprostatiques, etc.).

Le traitement curateur est le seul que nous ayons en vue. Il est d'abord bien évident qu'il ne s'adresse pas aux néoplasmes de la région, aux cancers de la prostate, du rectum, ou aux cavernes tuberculeuses étendues, contre lesquels le seul traitement palliatif sera de mise. Cette catégorie de fistules étant mise à part, on doit se demander s'il faut opérer de suite les fistules qui suppurent encore, quand on est appelé à les traiter, ou s'il vaut mieux attendre que les phénomènes de suppuration aient à peu près disparu. Il semble que l'intervention immédiate a plus d'avantages que l'expectation, pour les deux raisons suivantes : 1° si l'on attend, on peut voir les dégâts augmenter et des fusées purulentes se produire dans d'autres directions, le malade a à faire les frais d'une suppuration qui l'épuise, la cicatrisation lente ne se fait qu'au prix de callosités qui rendront plus difficile la cure radicale future ; 2° si l'on pratique l'intervention immédiate, on ne risque rien au point de vue de la réparation et du maintien des fils, à condition d'assurer un bon drainage. Je sais bien qu'avec le temps la fistule peut aboutir à la guérison, mais c'est une terminaison rare ; il faut en oublier la possibilité et intervenir dans tous les cas. Donc, que nous soyons en présence d'une fistule qui donne du pus ou d'une fistule qui n'en donne pas, le traitement est le même et se décompose en deux temps : 1° simple dérivation de l'urine et des matières sans toucher au trajet fistuleux lui-même ; 2° traitement direct du trajet fistuleux.

Le premier temps (simple dérivation de l'urine et des matières) est obtenu d'une part assez facilement au moyen soit de la sonde à demeure, soit du cathétérisme intermittent, en y ajoutant, s'il est besoin, des lavages de l'urèthre, d'autre part moins aisément par l'emploi de lavements et d'irrigations boriquées rectales. On prolongera ce premier temps jusqu'à ce qu'on ait reconnu sa complète inefficacité.

Le deuxième temps (traitement direct du trajet fistuleux) peut consister d'abord en une simple cautérisation au moyen du galvano-cautère introduit par le rectum ; le plus souvent ce n'est pas couronné de succès et il faut employer la cure radicale sanglante. Le but qu'on se propose par cette cure radicale est d'atteindre le trajet fistuleux, de le reséquer, d'en suturer l'orifice urétral et de substituer à l'orifice rectal une paroi de rectum absolument saine. Pour arriver à ce résultat nous pouvons employer le procédé de Ziembicki (de Lemberg) ou le procédé de Segond.

Le procédé de Ziembicki comprend trois temps : Premier temps. — Incision circulaire circonscrivant l'anus et prolongée sur la ligne médiane en avant vers le bulbe, en arrière vers le coccyx. Décollement de la face extérieure du rectum sur tout son pourtour, particulièrement en avant jusqu'au cul de sac

Digitized by Google

péritonéal. Il faut que la mobilisation du rectum dans tous les sens soit assurée ; naturellement le trajet fistuleux a été sectionné au cours du décollement. Deuxième temps. — Avivement et suture au catgut de chaque orifice fistuleux séparément. Troisième temps. — Imprimer au rectum mobilisé un mouvement de rotation sur son axe longitudinal de façon à mettre en contact avec la ligne de suture de l'urèthre non pas la ligne de suture de l'orifice rectal, mais la paroi saine de l'intestin. Suture du rectum dans sa nouvelle position. Drainage de la plaie par drain et tamponnement, sonde à demeure.

Le procédé de Segond comprend 4 temps : Premier temps. — Dilatation de l'anus avec les 2 pouces à la façon de Récamier. Deuxième temps. — Incision circulaire de la muqueuse anale à trois millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau ; dissection de bas en haut d'un cylindre muqueux intra-anal. Troisième temps. — Section horizontale passant immédiatement au-dessus du sphincter et séparant le rectum auquel pend la collerette muqueuse intra-anale d'avec le sphincter. On décolle alors le tube rectal surtout en avant, moins sur les côtés, peu ou pas en arrière. Quand, au cours du décollement, on rencontre le trajet fistuleux, on le resèque et on ferme son orifice urétral. On continue encore à décoller le rectum jusqu'à ce que la lèvre supérieure d'une section de ce rectum passant immédiatement au dessus de l'orifice rectal de la fistule et oblique en arrière et en bas puisse être suturée à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Quatrième temps. — Pansement, drain recouvert de gaze dans le rectum pour l'évacuation des gaz ; sonde à demeure dans la vessie ; constipation.

La valeur comparative des divers modes de traitement peut être tirée de la lecture des 10 observations contenues dans la thèse récente (Paris, 1902) du Dr Paul Guyot. — R. B.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Luxations sous-astragaliennes en avant. — M. Quénu, dans le mémoire qu'il a présenté à la Société de chirurgie en 1894, classe les luxations sous-astragaliennes en luxations en arrière, très rares, luxations marginales (bord interne), très rares aussi, et luxations dorsales, les plus fréquentes, ces dernières comprenant elles mêmes trois variétés : les directes en avant, les obliques en avant et en dehors, les directes en dehors et en avant. Ces diverses variétés de luxations dorsales présentent des caractères généraux et des caractères spéciaux : les caractères généraux sont les suivants : extension et adduction du pied, en dehors duquel l'axe de la jambe passe plus ou moins complètement ; raccourcissement de l'avant-pied d'où allongement apparent du talon ; saillie de la tête de l'astragale à la partie externe du dos du pied ; perte absolue des mouvements de l'articulation médio tarsienne. Les caractères qui différencient une variété de l'autre sont les suivants : *la luxation directe en avant* est caractérisée par la saillie de la tête de l'astragale sur le scaphoïde et les cunéiformes, et par la dépression sentie en arrière du tubercule interne du scaphoïde. *La luxation directe en avant et en dehors* se reconnaît à la forme en baïonnette du cou-de-pied et au vide assez marqué au-dessous de la saillie constituée par la face externe de l'astragale ; enfin, *la variété oblique en avant et en dehors* a pour elle ce fait, que la tête astragalienne repose sur la face dorsale du cuboïde, et que le bord externe du pied regarde en bas, tandis que bord interne présente une concavité exagérée en dedans par suite du rapprochement du scaphoïde vers le calcanéum.

Parmi les complications, la plus fréquente est la rupture des téguments, si bien que Broca a pu dire « la luxation sous-astragalienne sans plaie est l'exception ». Les gaines tendineuses sont fréquemment ouvertes et les tendons mis à nu. Plus rares sont les fractures, les ruptures vasculaires ou nerveuses.

Le diagnostic paraît facile au premier abord ; cependant Tillaux nous dit que les signes de la luxation sous-astragalienne en avant se rapprochent sensiblement de ceux de la luxation tibio-tarsienne, car il n'est pas facile de reconnaître si le tibia seul est luxé ou s'il a entraîné avec lui l'astragale. Néanmoins, dans la luxation tibio tarsienne, la palpation permet de reconnaître, entre le tendon d'Achille et la face postérieure du tibia, la poulie astragalienne, et il manque deux signes de la luxation sous-astragalienne : la persistance des mouvements de flexion et d'extension, et la saillie du scaphoïde au bord interne du pied.

Dans la luxation complète ou énucléation de l'astragale on reconnaît l'os en entier sur le dos du pied en avant de la mortaise ; les malléoles sont abaissées, enfin, les mouvements du pied sont complètement abolis. Plus difficile est la différenciation d'avec les fractures de l'astragale qui donnent assez souvent le signe caractéristique du sac de noix. Dans les cas difficultueux la radiographie rendra des services.

Le traitement des luxations sous-astragaliennes tient dans ces deux mots : réduction, astragalectomie. La seconde doit immédiatement succéder à la première quand celle-ci n'a pu être obtenue, d'où la nécessité de donner du chloroforme avant de tenter toute intervention. Donc, sous chloroforme on pourra essayer prudemment le procédé de flexion du pied sur la jambe avec traction du pied en avant

Digitized by Google

et en dehors. Si cette tentative échoue, recourons au bistouri. L'astragalectomie totale se fait ordinairement avec facilité. On pose à sa suite un appareil plâtré remontant jusqu'au-dessus du genou. Plus tard aura lieu la mobilisation et le massage. Comme le constate M. Badin (*Thèse de Paris*, 1902), c'est avec la plus grande facilité que l'organisme se passe de l'astragale ; c'est là une des principales raisons à faire valoir à l'appui des idées actuelles. — R. B.

CLINIQUE MÉDICALE

Troubles digestifs symptomatiques d'affections nasales ou pharyngées. — Le tube digestif depuis la bouche jusqu'à l'anus forme un *tout* dont les différentes portions sont si intimement unies qu'il est de règle qu'un trouble apporté dans l'une de ces parties retentisse sur les autres. Il est d'abord bien évident que certaines maladies touchent la totalité du tube digestif, avec des prédominances, il est vrai, mais sans laisser complètement intact un seul point de cet appareil. Le type de ces maladies nous est fourni par la fièvre typhoïde dont le germe pathogène, prédominant sur la dernière portion du grêle, peut en même temps altérer le gros intestin ou provoquer sur l'estomac, l'œsophage, le pharynx et la bouche, des manifestations plus ou moins graves. Allons plus loin et mettons de côté les cas où la maladie générale frappe au même titre les différentes portions du tube digestif pour ne considérer que les cas où une lésion uniquement localisée en un point déterminé du tube digestif provoque par sa présence des troubles secondaires en d'autres points. Ces notions sont de première utilité pour l'interprétation des phénomènes pathologiques d'ordre digestif, où il faudra souvent un examen minutieux de tout l'appareil pour reconnaître où est le point de départ.

C est dans cet ordre d'idées que divers auteurs ont parlé de ces formes de maladies du pharynx et du nez, dont le point de départ doit être cherché du côté digestif. Il est certain que beaucoup de gastrites, que nombre de dyspepsies, de même qu'elles influent sur tout l'organisme, ont une action sur le nez et le pharynx et ne guériront que si l'état général du malade est amélioré par le traitement de sa gastrite. Mais la proposition inverse est vraie aussi, et l'on peut parler de troubles gastro-intestinaux consécutifs aux affections rhino-pharyngées.

M. F. Landolt (*Thèse Paris*, 1902), a réuni sur ce sujet de nombreuses observations qui prouvent successivement l'existence de troubles digestifs dans : le catarrhe aigu de la muqueuse nasale (coryza aigu), la rhinite aiguë purulente, le catarrhe aigu du pharynx nasal (adénoïdite), le catarrhe nasal chronique, le catarrhe chronique du pharynx nasal, les végétations adénoïdes, la rhinite chronique atrophiante, les sinusites.

Quelle est la pathogénie de ces troubles digestifs ?

D'abord quelques auteurs (Triboulet) ne voient dans les glaires retrouvées dans les selles de certains malades que les mucosités du pharynx qui ne feraient que traverser le tube digestif sans provoquer de désordres. Il est certain que ces cas de pseudo-entérites sont exceptionnels.

Les deux théories actuelles, qui, loin de s'exclure, peuvent s'unir pour expliquer ces troubles digestifs sont : la théorie réflexe et la théorie de la pyophagie.

La théorie réflexe s'appuie sur l'expérience de Balme, qui, en cautérisant le rhino-pharynx, provoque des douleurs à l'épigastre et de l'hypersécrétion de l'estomac. En effet, les lésions primitives du pharynx nasal, ou la pharyngite secondaire à l'écoulement d'un liquide irritant formé par une pituitaire altérée, peuvent provoquer, de même que dans le cas de titillement de l'arrière-gorge, des phénomènes réflexes divers : spasme de l'œsophage, ténesme pharyngien, et le plus communément nausées immédiates et efforts de vomissements. Ces troubles sont plutôt de faux troubles gastriques, mais on admettra facilement que répétés continuellement, sous l'influence de la cause provocatrice persistante, ils puissent provoquer un état d'irritation, puis de dépression de l'estomac, qui permettra à des troubles véritablement gastriques de s'installer.

La théorie de la pyophagie est non moins indiscutable. La sécrétion normale des fosses nasales est un liquide ténu, limpide, clair comme de l'eau, sécrété en quantité suffisante pour produire sur toute la surface une certaine humidité. De même la paroi du pharynx nasal est constamment lubréfiée. A l'état pathologique les liquides sont modifiés comme quantité et comme qualité. Exceptionnellement le liquide est diminué ; dans presque tous les cas il est *augmenté* en proportion quelquefois considérable.

Ce liquide hypersécrété peut s'écouler par les narines d'une part, il est mouché ; par le pharynx et la bouche d'autre part, il est craché ; par le pharynx et l'œsophage en troisième lieu, il est avalé. Certaines conditions favorisent cette déglutition du liquide : l'obstruction plus ou moins marquée des narines par simple gonflement de la muqueuse, par formation de croûtes épaisses, par présence de tumeurs, etc..., — l'habitude qu'ont certaines personnes de ne jamais cracher, — la déclivité, dans le décubitus horizontal du sommeil, qui entraîne tout naturellement les mucosités dans l'œsophage, — la sensation de sécheresse de la gorge, quelquefois même de corps étranger qui est un symptôme de la pharyngite accompagnant

Digitized by Google

presque toujours la rhinite chronique, et qui pousse les malades à l'état de veille à avaler fréquemment, — le jeune âge qui joue un rôle très important, car les enfants ne savent ni cracher, ni se moucher. Or la déglutition des sécrétions hypersécrétées serait sans grande importance, si ces sécrétions n'étaient nocives, au double point de vue *chimique et microbien*, qu'elles soient muqueuses, muco-purulentes, purulentes, fétides même. Au point de vue chimique la sécrétion nasale est fortement alcaline, et, comme l'a montré M. Gross, le suc gastrique additionné de cette sécrétion perd ses propriétés digestives dans une large proportion par le fait de sa diminution en acide chlorhydrique, qui, comme on sait, est fortement antiseptique. Au point de vue microbien, Turck a constaté une remarquable identité des micro-organismes trouvés dans l'estomac avec ceux trouvés dans le nez, et il a pu conclure à une réelle infection secondaire de l'estomac par le mucus du nez où s'étaient primitivement développés ces micro-organismes.

Il faut donc conclure qu'en présence d'un trouble de l'appareil digestif on doit examiner avec le plus grand soin chacune des parties de cet appareil, et reconnaître que certains troubles digestifs peuvent être uniquement sous la dépendance d'une affection rhino-pharyngienne qu'il suffira de traiter pour obtenir la disparition des troubles gastro-intestinaux. — R. B.

La dégénérescence rénale amyloïde. — On sait que la dégénérescence amyloïde survient à la suite de longues suppurations, que celles-ci dépendent du bacille de Koch ou des agents ordinaires du pus. La tuberculose chronique, les fistules pleurales, les coxalgies, voilà des causes fréquentes. La syphilis à la période tertiaire, l'impaludisme peuvent exercer une action dans le même sens.

La dégénérescence amyloïde frappe presque exclusivement les vaisseaux du rein ; les épithéliums et le tissu interstitiel sont respectés ; dans le cas où l'on rencontre des lésions épithéliales et scléreuses, on les peut regarder comme associées et sans rapport avec la dégénérescence amyloïde. De là cette conséquence, que pendant longtemps les lésions tubulaires et scléreuses étant absentes, la dépuration urinaire peut s'accomplir d une façon normale.

Le praticien, qui, chez un malade affaibli par une maladie longue, de la fièvre hectique, des suppurations interminables, trouvera de grandes quantités d'albumine dans les urines (parfois 20 à 30 gr.) par jour, fondera son pronostic bien plus sur les signes de l'état général plus ou moins compromis que sur la quantité d'albumine. Celle-ci, du reste, et dans des cas rares, peut faire défaut. On fait le diagnostic avec la néphrite interstitielle assez facilement : si la polyurie existe dans les deux cas, l'urine est plus claire dans la néphrite interstitielle et sa densité est plus abaissée, en même temps que le taux de l'albumine reste pour l'ordinaire très faible.

L'étude du rein amyloïde s'est enrichie depuis quelques années d'une multitude d'explorations intéressantes. M. le Dr Georges Jullien consacre à cet examen un chapitre de sa thèse inaugurale (Paris, 1901). MM. Achard et Castaigne, en 1897, ont, les premiers, étudié le degré de perméabilité rénale à la faveur d'une substance colorante(5 centigr. de bleu de méthylène) injecté sous la peau. A l'état sain, le bleu apparaît dans l'urine dès la première demi-heure. L'élimination présente son maximum d'intensité vers la troisième ou la quatrième heure et disparaît entre la cinquante-cinquième et la soixantième heure. Le retard de l'apparition et la prolongation de l'élimination indiquent une dépuration urinaire défectueuse. De plus, à l'état normal, le taux de l'élimination dans les vingt-quatre premières heures atteint au moins la moitié de la dose injectée. Alors que dans les néphrites avec dépuration insuffisante, le taux de l'élimination est diminué, l'épreuve du bleu, dans les cas de dégénérescence amyloïde donne des résultats absolument normaux. L'élimination du bleu est complète au troisième jour ; dans une seule observation de l'auteur, elle a duré jusqu'au quatrième. On peut donc dire que la perméabilité rénale au bleu de méthylène est un des symptômes de la dégénérescence amyloïde.

Les accidents hépatiques dans la fièvre typhoïde. — Le foie est souvent envahi au cours de la fièvre typhoïde. La veine porte, les canaux biliaires fournissent une porte d'entrée grande ouverte au bacille d'Eberth et au coli-bacille. Une fois l'infection produite, celle-ci peut rester silencieuse. La virulence peut s'atténuer au point de ne se manifester par aucun accident (Dupré, *Th. Paris*,1891); pas de lésions, au tout au plus des signes d'angiocholite et de cholécystite catarrhale. D'autres fois, les signes sont plus graves et l'étape bénigne est franchie. De l'inflammation suppurative se produit. La cholécystite purulente est loin d'être rare, soit qu'elle se produise au début (cas de Louis, au huitième jour) ou plus souvent à la réparation des plaques de Peier, même en pleine convalescence, ou bien encore plus tard (au bout de cinq mois, Gilbert et Girod, *Soc. biologie*, 1893). M. le Dr Michel Hecquet a repris l'étude de cette question dans un travail sérieusement documenté (*Th. Paris*, 1902).

Parfois les troubles infectieux du foie dans la dothiénentérie se traduiront par de l'ictère; mais ce

Digitized by Google

n'est pas là un signe constant. Il apparaît dans certaines épidémies plus fréquemment que dans d'autres ; en sorte qu'il relève peut être de l'action d'un agent infectieux surajouté. Son évolution est tantôt celle de l'ictère bénin, tantôt celle de l'ictère grave. — Toutes les transitions existent entre les deux. — A côté de l'ictère, deux autres symptômes dénoncent l'atteinte hépatique : la congestion et les abcès du foie. La congestion est fréquente ; il est difficile de dire où elle finit et où l'angiocholite commence. Les abcès, d'ordinaire multiples, quelquefois uniques se montrent vers le 4e ou 5e septénaire. Le plus souvent ils sont consécutifs à une infection de la veine porte (pyléphlébite suppurée). Comme complication plus tardive, on peut encore signaler la lithiase d'origine éberthienne.

Les symptômes de l'angiocholite habituelle sont la fièvre ; mais celle-ci est perdue dans les réactions thermiques de la fièvre typhoïde ; on ne retrouve pas les allures intermittentes que la fièvre hépatique affectionne pour elle, et quand elle évolue pour son propre compte. Des douleurs accompagnent la fièvre, elles siègent dans l'hypochondre droit, s'irradient à l'épigastre et dans l'épaule droite, reviennent par accès. L'ictère se montre ensuite, les urines deviennent rouge acajou, les selles se décolorent, l'état général devient mauvais. Le malade s'amaigrit et la fièvre hectique entre en jeu.

Quand la vésicule est atteinte et que la cholécystite complique l'angiocholite, les symptômes ne diffèrent guère. Il y a douleur, ictère, frisonnements ; cela dure quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre, sauf l'ictère. Quelques jours de calme, puis les accidents reprennent. Sous le rebord costal droit, la palpation permet de reconnaître une tumeur arrondie, régulière, piriforme, plus ou moins fluctuante, parfois dure et résistante, s'élevant et s'abaissant avec les mouvements respiratoires ; quelquefois il y a péricholécystite avec empâtement. La rate est grosse, des troubles digestifs variables surviennent, l'urine à côté de pigments biliaires normaux peut contenir de l'urobiline, de l'indican, — on constate de la glycosurie alimentaire. — L'évolution est variable ; les angiocholécystites catarrhales sont difficiles à diagnostiquer ; quand elle suppurent, la mort est habituelle ; celle-ci faisant suite à une perforation, à une pyléphlébite avec infarctus et abcès, à de la septicémie avec endocardite végétante, à de l'ictère grave, etc.

La thérapeutique sera avant tout prophylactique et s'inspirera de la pratique de l'antisepsie intestinale. Le régime lacté sera prescrit. M. Hecquet conseille en outre comme antiseptiques biliaires l'emploi de l'acide salicylique, du salicylate de soude, du salol. Dans une maladie comme la fièvre typhoïde où les reins sont si souvent touchés, nous n'oserions recourir à des remèdes de cet ordre. En cas de cholécystite ou d'angiocholite des gros troncs biliaires, l'opération chirurgicale sera parfois indiquée.

HYGIÈNE

Etat sanitaire de la ville de Saint-Brieuc. — Cette étude choisie comme sujet de thèse inaugurale (*Th. Paris*) par M. R. Guibert, est un document nouveau qui vient confirmer encore une fois cette règle d'hygiène, que dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde on doit particulièrement insister sur la distribution d'eau pure. L'auteur divise l'état sanitaire de 1595 à 1901 en trois périodes successives :

1° Etat sanitaire de la ville avant 1891. Saint-Brieuc n'est alimenté que par des sources situées dans le territoire de la ville elle-même. Les archives de la ville signalent une épidémie de peste ou fièvre putride, une épidémie de choléra en 1886, une épidémie de variole de 1886 à 1888, une épidémie de rougeole en 1884 ; quant à la fièvre typhoïde, elle augmente ses ravages lentement et progressivement et le rapporteur conclut devant le conseil d'hygiène que les rues les plus chargées de décès typhiques sont insalubres, encombrées, alimentées par des puits contaminés et situés au centre de la ville.

2° De 1891 à 1895, on capte les eaux de la Balavoine, rivière qui possède 1960 bactéries par centimètre cube, sans qu'on ait pu déceler d'espèces considérées comme pathogènes et en particulier de bacille d'Eberth. Quoique l'eau soit insuffisante comme débit (150 mètres cubes par jour) et qu'elle ne puisse être distribuée que dans les bas quartiers la mortalité de 20 par an tombe à 16, et cette diminution de la mortalité porte spécialement sur les quartiers les plus contaminés auxquels l'eau de source a été distribuée.

3° De 1895 à 1900, on ajoute aux eaux de la Balavoine les eaux de Plaintel (mille mètres cubes par jour), eaux qui présentent 170 bactéries par centimètre cube, par conséquent presque cinq fois plus pures que l'eau de la Vanne qui a 800 bactéries par cent. cube. Dès les premiers mois, la mortalité diminue, le chiffre de la totalité des décès typhoïdiques étant successivement par année de 8, 7, 1, 3, 11, 12 ; l'augmentation des deux dernières années est due probablement à la contamination par l'infection progressive du sol, des anciens puits servant encore. C'est du reste pour cette raison qu'en octobre 1901 le conseil d'hygiène invite la municipalité à combler les puits publics.

En somme Saint-Brieuc, qui, en 1897, avait moins de décès typhoïdiques que toutes les autres villes,

Digitized by Google

en 1898 comptait 0,05 à 0,15 décès pour mille, arrive en 1899 avec 0,55 pour mille, alors qu'Albi et Niort ont respectivement une moyenne de 0,12 et 0,26. — R. B.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Appareil pratique pour radioscopie et radiographie. — « Il n'est pas nécessaire pour pratiquer « la radioscopie et la radiographie, de posséder des « appareils compliqués, coûteux et encombrants, ni « des notions difficiles à acquérir. Le médecin de « campagne peut et doit, dans son cabriolet, porter « au domicile de ses malades un appareil très sim- « ple lui permettant de les soumettre facilement à « l'examen radioscopique et de les radiographier non « moins facilement. »

C'est ce matériel réduit, inventé par M. Béclère et construit par M. Drault, ingénieur, que M. L. Maurin *(Thèse Paris)* présente au public médical. Cet appareil est une machine statique à 4 plateaux que l'on peut se procurer, y compris les accessoires nécessaires, pour 7 à 800 francs. Nous renvoyons à l'ouvrage original pour la description illustrée de l'instrumentation pour ne considérer que les avantages qu'elle présente.

Cette machine est le seul générateur électrique capable de faire naître les rayons Rœntgen sans intermédiaire, dans une ampoule directement reliée à ses deux pôles. Grâce au spintermètre (mesureur d'étincelles) il est tout à fait simple de mesurer le degré de vide dans l'ampoule et par suite le degré de résistance de cette ampoule. Les ampoules s'abîment beaucoup moins qu'avec la bobine d'induction et peuvent fournir des états de service notablement plus longs. Les images sur l'écran fluorescent présentent une remarquable fixité.

Jamais la machine statique n'expose aux risques des troubles trophiques, érythèmes ou altérations observées parfois avec la bobine d'induction. Les temps de pose, évidemment plus longs qu'avec une bobine à plus grande étincelle, sont relativement assez courts. Le mouvement est simple. Pour se servir de la machine on fait tourner la manivelle par un aide ; mais, si le praticien exerce dans une localité où se trouve une usine d'électricité, il peut employer le courant de l'usine pour actionner un petit moteur électrique coûtant de 100 à 150 francs ; on peut encore se servir soit d'un petit moteur à pétrole de Dion et Bouton si utilisé aujourd'hui pour motocycles et voiturettes, soit d'un moteur à gaz. L'intensité ou débit de la machine, mesurée au moyen du petit anémomètre de d'Arsonval que le vent électrique d'un pôle terminé en pointe fait tourner plus ou moins vite, est d'environ dix milliampères. En diminuant la vitesse des plateaux on diminue l'intensité. Il est donc facile avec cet appareil de faire aussi de l'*électrothérapie* : douche électrique dans les maladies nerveuses, ozoneurs pour l'inhalation de l'ozone, particulièrement dans la tuberculose pulmonaire. Enfin, l'appareil complet est d'un transport facile et nullement encombrant.

La machine statique à 4 plateaux de Drault permet d'obtenir des radioscopies et des radiographies simples ou stéréoscopiques ; elle peut servir encore à la radiothérapie (méthode de Finsen dans le traitement du lupus). Elle est le générateur radiogène par excellence des médecins de campagne et des médecins de ville n'ayant pas à leur disposition un courant urbain. Elle convient aussi aux armées. La machine à 6 plateaux, même type, mais plus forte que la précédente, est à recommander, non plus comme machine à transporter, mais comme machine de cabinet. M. Walther l'a adoptée dans son service de la Pitié.

« Au point de vue du diagnostic médical, dit M. « Béclère, je ne trouve pas de différence appréciable « entre les renseignements qu'elle donne et ceux « que j'obtiens à l'aide d'un courant continu de 110 « volts transformé par une bobine d'induction de 55 « centimètres d'étincelle. ». — R. B.

BIBLIOGRAPHIE

Pour lire en attendant bébé *(Conseils aux jeunes mères)*, par le Dr J. Donnadieu, médecin-major de 2me classe. Préface du Pr Budin. — Paris, Maloine, édit. 1 vol. 133 p.

Ce volume est destiné aux jeunes mères. M. le Pr Budin le recommande avec raison. Il sera, dans les familles, le livre qui rassure, parce qu'il fait comprendre et indique avec clarté les soins à donner à la mère et à l'enfant. A leurs clientes prêtes d'accoucher, nos confrères rendront service en leur signalant cet excellent ouvrage.

Prime à nos Abonnés. — *Contre remise de 0 fr. 60 en mandat ou timbres-poste (pour frais d'envoi), chaque abonné reçoit le volume de* ***Mementos Thérapeutiques*** *de 1902.*

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La térébenthine dans les maladies des voies urinaires

par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

I. — J'ai lu dans les *Opera omnia* de Lazare Rivière : « *Terebenthina aperit, urinam movet* ». Les modernes disent : « La térébenthine est un diurétique par excitation de la glande rénale ». Oesterley me semble avoir escompté surtout son action diurétique lorsqu'il a proposé contre l'œdème brightique les pilules :

Feuilles de digitale.....	1 gramme
Extrait de scille.....	ãã 1 gr. 50
Térébenthine.....	
Poudre de réglisse.....	Q. s.

Pour 50 pilules. — 1 à 10 par jour.

D'après le Pr Lépine (de Lyon), la terpine ou bihydrate de térébenthine, est efficace dans les mêmes circonstances, mais à petites doses : on urine davantage avec 40 centigrammes qu'avec un gramme Ovise, Chéron ne dépassent pas 50 centigrammes. Houdart prescrit 20 à 40 centigrammes au maximum. Les doses fortes passent pour exagérer l'albuminurie et provoquer l'hématurie. Ces assertions, il est vrai, ne sont pas suffisamment contrôlées.

II. — Depuis une douzaine d'années on ne traite plus guère la pyélite chronique ou catarrhe chronique des calices et des bassinets du rein que par les benzoates alcalins. La térébenthine, le remède du vieux temps, est de plus en plus abandonnée. Richter, qui ne connaissait pas les benzoates, avait cependant célébré les bienfaits de la térébenthine à haute dose (de la térébenthine et non de l'essence) dans la lithiase rénale; il prétendait qu'elle facilite l'expulsion des calculs en augmentant la sécrétion de la muqueuse du bassinet, en lubrifiant ce réservoir. Simple vue de l'esprit, puisque la térébenthine tarit le catarrhe, ne l'exagère pas. Nous déclarons sans arrière-pensée qu'il faut préférer le benzoate de soude à la térébenthine dans la pyélite entretenue par la gravelle urique : ce sel agit comme dissolvant de l'acide urique et diurétique, et comme modificateur de la muqueuse. Il agit également bien dans la pyélite avec urines alcalines, l'acide hippurique, en lequel se transforme l'acide benzoïque du benzoate, étant, en effet, propre à saturer leur carbonate d'ammoniaque. Que si la pyélite chronique ne relève pas de la lithiase, que si elle succède à un état aigu traumatique, infectieux ou autre, la térébenthine est capable de remplir, seule, l'indication anticatarrhale. Et elle la remplit à souhait. Tout au plus doit-on — c'est du moins habile — l'alterner de temps à autre avec le salol, avec le biborate de soude, qui rendent l'urine aseptique.

On a objecté que la térébenthine fatigue rapidement l'estomac : l'acide benzoïque, le benzoate de soude sont passibles, à peu de chose près, du même reproche. La vérité est que la térébenthine, ingérée à petites doses au moment des repas, n'impressionne pas l'estomac d'une façon si désagréable qu'on veut bien le dire. L'extrait mou de quinquina, au reste, corrige ce défaut :

Térébenthine de Venise, de Bordeaux ou du Canada	ãã 0 gr. 10
Extrait mou de quinquina....	

Pour une pilule. — 3 pendant chacun des principaux repas.

Voici plus spécialement ma formule dans la pyélite chronique calculeuse :

Baume du Canada.....	ãã 0 gr. 10
Baume du Pérou.....	
Magnésie calcinée.....	Q. s

Pour une pilule. — 3 pendant chacun des principaux repas.

J'ajoute à dessein le baume du Pérou au baume du Canada : le baume du Pérou est quelque peu eupeptique; il double les propriétés anticatarrhales de la térébenthine; il prévient la fermentation ammoniacale de l'urine à la suite de la transformation en acide hippurique des acides cinnamique et benzoïque qu'il contient; il jouit, lui aussi, à tort ou à raison, de la réputation d'expulser les calculs : « *balsamum peruvianum ad calculos expellendos* » (Lazare Rivière).

D'autres utilisent la térébenthine avec l'acide gallique et avec l'extrait de ratanhia.

Quoi qu'il en soit, la guérison de la pyélite chronique ne sera définitivement réalisée — et ce résultat sera long à obtenir — que lorsque toute trace de muco-pus aura disparu de l'urine, que celle-ci sera d'une limpidité parfaite. Le traitement réveille t-il par ci par là une poussée aiguë, caractérisée par de la fébricule, par de la douleur lombaire, par une diminution de la sécrétion purulente? suspendons le momentanément, n'y revenons que quand le catarrhe est franchement rétabli, et encore ne le recommençons qu'avec des pilules peu riches en essence : les pilules de térébenthine cuite, — ou qu'avec le sirop de térébenthine d'Alsace ou le sirop de baume du Canada. Attendons au moins une quinzaine de jours avant de recourir aux pilules de térébenthine nature.

III. — La térébenthine a fourni d'heureux résultats, parfois des guérisons, dans le catarrhe chronique mucoso-purulent de la vessie chez les vieillards en dehors de la gravelle vésicale et de la rétention

Digitized by Google

d'urine où les benzoates et le baume du Pérou devront lui être préférés.

L'essence de térébenthine a eu, dans ce catarrhe mucoso-purulent, autant de partisans que l'oléo-résine. L. Martinet débutait par moins d'un gr. 50 par jour d'essence en potion gommeuse, élevant graduellement la dose. Trousseau et Pidoux sont arrivés de quelques gouttes à 200 gouttes, soit 8 grammes *pro die*. En thèse générale, il vaut mieux s'en tenir à de faibles doses longtemps continuées : 10 gouttes trois à cinq fois par jour (telle est notre pratique) ; 4 cuillerées à bouche de sirop d'essence ; 6 à 10 capsules à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50 chaque d'essence dans les 24 heures.

Mêmes remarques à propos de l'oléo-résine. Si l'on peut sans inconvénient atteindre les fortes doses avec la térébenthine cuite, privée par son ébullition dans l'eau d'une notable partie de son huile essentielle (Trousseau et Pidoux en ont administré jusqu'à 16 grammes et davantage par jour), il est plus prudent de ne pas dépasser une dizaine de pilules à 0 gr. 20 dans la journée ; avec 4 à 8 pilules à 0 gr. 10 de térébenthine de Venise (Guyon), 4 ou 5 à 0 gr. 20 de baume du Canada (Mesnard), on obtient un effet anticatarrhal marqué, un amendement évident, sinon une guérison.

Les praticiens ont l'habitude, quand la cystite chronique est accompagnée de dysurie ou de strangurie, de joindre à la térébenthine le camphre, le castoreum, l'opium, l'aconit; à recommander cette formule de Mallez :

Térébenthine de Venise	6 grammes
Camphre	4 —
Extrait d'opium	àà 0 gr. 30
Extrait d'aconit	

Pour 60 pilules. — 3 à 6 par jour.

A recommander celle de Dujardin-Beaumetz et Yvon :

Térébenthine de Venise	4 grammes
Castoreum	2 —
Camphre	4 —
Magnésie calcinée	Q. s.

Pour 40 pilules. — 3 à 4 par jour.

Dans les blennorrhées vésicales Gall renforçait par le copahu l'action anticatarrhale de la térébenthine :

Copahu	àà 10 grammes
Térébenthine de Bordeaux	
Magnésie calcinée	Q. s.

Pour 100 pilules. — 3 à 4 pendant chacun des trois repas.

N'est-ce pas l'occasion de rappeler qu'on a traité jadis la blennorrhagie chronique par la térébenthine, sans le copahu, par l'oléo-résine de térébenthine mêlée avec la limaille ou avec le sulfate de fer, ou avec le sulfate de zinc ou l'alun, et par l'essence en mixture avec du protoiodure ferreux? et que, plus près de nous, on a composé des électuaires, des bols anti-blennhorragiques à la térébenthine, au copahu et au cubèbe ?

Morra, qui a essayé la terpine dans le catarrhe vésical, ne la dit efficace qu'à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes.

IV. — Je ne toucherai qu'un mot du traitement des hématuries par la térébenthine. On ne réussit en réalité que dans les hémorragies des calices et des bassinets des sujets atteints de pyélite invétérée :

Ergotine	4 grammes
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 grammes
Hydrolat de tilleul	120 —

Une cuiller à soupe toutes les 2 heures.

Telle est la formule de M. Albert Robin.

On en triomphe également avec 4 à 10 capsules d'essence à 0 gr. 25. Les résultats sont moins nets dans l'hématurie par lithiase rénale, quoique Lazare Rivière ait vanté les « *pilulæ ex terebenthina in mictu sanguinis a calculo* ».

MÉDECINE D'URGENCE

La saignée (1)

2° *La saignée dans les maladies du cœur.* — Dans l'œdème du poumon, tel qu'il se présente chez certains aortiques, nous avons déjà parlé de l'urgence de la saignée. Certaines affections cardiaques nécessitent une soustraction sanguine abondante et aussi rapide. Ce n'est plus l'endocardite et la péricardite aiguës. L'application de quelques ventouses scarifiées sur la région précordiale a remplacé avec avantage les larges saignées d'autrefois. Ce n'est plus l'anévrysme de l'aorte. On ne saigne plus dans l'anévrysme. M. Huchard a montré combien l'usage des iodures alcalins était préférable. De même pour l'angine de poitrine : la saignée est inutile ; d'abord on n'a pas le temps d'agir et ensuite le cœur est déjà anémié du fait de la maladie. La médication d'urgence de l'angine de poitrine consiste dans les inhalations de nitrite d'amyle et non dans la saignée.

Il reste trois grands accidents cardiaques qui relèvent de la saignée. Ce sont : la *thrombose cardiaque*, les *fortes dilatations du cœur* et l'*asystolie cardiectasique*; ce sont en *dernier lieu les accidents gravido-cardiaques*. Dans tous ces cas, le repos et le régime lacté ne sont pas suffisants, la digitale demeure impuissante, l'augmentation de la tension veineuse. la stase de la masse sanguine crèent un barrage que

Suite et fin : Voir N° 39, page 610.

Digitized by Google

la digitale ne parvient pas à franchir. Il faut exonérer le cœur et les vaisseaux du sang qui les encombre ; une fois désobstrués, le cours de la circulation se rétablit et la digitale peut être administrée avec succès (un milligr. de digitaline cristallisée en une fois, dose massive, antiasystolique de M. Huchard). Seulement, comme la digitaline met quelques heures à exercer son effet, M. Huchard prescrit 6 heures avant la saignée 1/2 milligr. de digitaline, et 1/2 milligr. 18 heures après (soit : à 10 heures du matin, digitaline ; à 4 heures, saignée ; le lendemain à 10 heures, digitaline). Une injection de 0,02 1/2 de sulfate de spartéine pourra être pratiquée le lendemain, plusieurs fois dans le jour s'il y a lieu.

La *thrombose cardiaque* s'observe souvent au cours du rétrécissement mitral. C'est à elle, bien plus qu'à des troubles de compensation, qu'il convient d'attribuer certains signes d'affolement du cœur. Comment poser le diagnostic ? M. Huchard (1) insiste sur la discordance existant entre les symptômes d'asystolie et l'état des membres inférieurs et du foie. Le malade est dyspnéique, cyanosé à la face et au niveau des articulations, son pouls petit et misérable, le cœur désordonné et tumultueux. En même temps, le malade n'a pas d'œdème des membres inférieurs, pas de signes d'hypérémie viscérale. Une large saignée pratiquée à propos est capable d'arrêter les accidents. Elle facilite en même temps le cours de l'urine parce qu'en supprimant l'obstacle cavitaire créé par la distension ventriculaire, elle rétablit l'équilibre circulatoire. « Ainsi l'ouverture de la veine, dans ces conditions spéciales, agit sur le cœur en le tonifiant comme la digitale, et sur le rein en l'ouvrant comme le ferait le meilleur des diurétiques (Huchard).»

La *dilatation cardiaque* s'observe à la fois dans les maladies du cœur, dans certaines affections du poumon, des reins, ou même du tube digestif et aussi dans les maladies infectieuses. Les dilatations secondaires aux maladies d'autres organes se traitent en s'attaquant à l'organe primitivement atteint. On soigne le foie, l'estomac, le rein, le poumon. Comme plusieurs de ces maladies sont débilitantes, on n'usera de la saignée qu'avec grandes réserves. Ainsi dans les dilatations cardiaques qu'on observe au cours de certaines phtisies et des maladies de l'estomac, une soustraction sanguine serait dangereuse ; en tous cas, elle ne pourrait être utilisée qu'en cas d'insuccès des médications plus inoffensives : les injections de caféine par exemple. La dilatation du cœur liée à l'emphysème pulmonaire, maladie non débilitante, pourra être traitée avec avantage par la saignée (300 gr.). Dans les dilatations cardiaques liées aux altérations du cœur lui-même. la saignée est plus souvent indiquée. Elle est indispensable dans les cardiectasies des artério-scléreux, - *asystolie cardiectasique* de M. Huchard. Chez ces malades, le cœur scléreux et en état de moindre résistance, se montre toujours en imminence de dilatation. Quand celle-ci se produit, les malades, outre les accidents dyspnéiques et la cyanose de la face, l'irrégularité du pouls et l'affolement du cœur, présentent de l'œdème des membres inférieurs, des stases viscérales, une diminution considérable des urines. Une large saignée agit comme dans la thrombose cardiaque. Elle rétablit l'équilibre circulatoire, fait disparaître les congestions et les œdèmes, élève la tension artérielle, ramène la diurèse. Même observation pour *le cœur polysarcique*. M. le Dr D. Courtade a publié dans sa thèse un certain nombre d'observations recueillies dans le service de M. Huchard. Les malades à cœur polysarcique, cyanosés, ayant les membres œdématiés, ont été guéris après plusieurs saignées: 2 à 4 saignées espacées de quelques jours et variant de 150 gr. à 500 gr.. Les maladies infectieuses sont parfois compliquées de *dilatations cardiaques suraiguës*. M. le Pr Heuschen (de Stockolm) (1) a parlé de ces dilatations aiguës du cœur dans la fièvre typhoïde et la pneumonie. M. Huchard a été frappé par de ces dilatations suraiguës au cours de la scarlatine. Celle-ci se complique fréquemment de néphrite. Quand le rein est touché, il se produit à la fois des phénomènes d'insuffisance rénale et d'hypertension artérielle. Les vaisseaux se contractent, le cœur doit lutter contre l'obstacle. Il défaille sous la tâche, car lui-même est touché par les toxines paralysantes de la scarlatine. Une dilatation suraiguë du cœur peut se produire. La gravité des accidents est foudroyante: seule une saignée immédiate peut les conjurer.

Si parfois les cardiopathies sont bien supportées en état de grossesse, il n'en est pas toujours de même. Sous l'influence de l'obstable que crée la gestation, le cœur se surmène et fléchit peu à peu. Les *accidents gravido-cardiaques* se montrent. La dyspnée est violente ; des accès de suffocation se produisent avec expectoration sanglante. Les palpitations sont violentes. Les membres inférieurs s'œdématient. Le foie s'engorge, l'ascite paraît. Les urines deviennent très rares. Une saignée de 400 gr. à 500 gr. arrête l'orage. La tension veineuse s'abaisse, les vaisseaux viscéraux se dégorgent, la dyspnée et l'angoisse cèdent.

3° *Saignées dans les affections hépatiques, rénales, nerveuses.* — Les *affections hépatiques* ne récla-

(1) *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin, Fascicules X et XI, p. 40 et p. 115.

(1) La dilatation aiguë du cœur dans les maladies infectieuses, par le Pr Heuschen (*Journal des Praticiens*, 1900, p. 149).

Digitized by Google

ment guère l'emploi de la saignée générale. Une série de ventouses scarifiées sur les foies congestionnés suffisent à l'amélioration. On les emploiera surtout dans les foies cardiaques; l'effet peut être immédiat. Tirez du sang au niveau de la région hépatique, le foie se dégorge, l'obstacle, le barrage que son engorgement créait en travers du cours circulatoire, se dissipe; le cœur, rien que par l'effet de la déplétion hépatique se renforce, les signes fonctionnels et la dyspnée diminuent.

Au *cours des affections rénales*, les soustractions sanguines n'agissent pas seulement comme éliminateurs des poisons. Elles produisent aussi une déplétion des organes congestionnés. Aussi bien, dirons-nous que la saignée ne répond le plus souvent pas à une seule indication. Elle est à la fois requise pour les diverses actions qu'elle produit. Dans l'œdème du poumon elle exerce son double rôle décongestif et antitoxique. Il en est ainsi dans les congestions des maladies infectieuses, c'est-à-dire des poisons microbiens, il en est encore ainsi dans les cardiopathies artérielles. Seulement pour ces premières maladies le rôle décongestif prime parfois le rôle antitoxique, tandis que dès qu'on aborde le rein, l'effet antitoxique prime l'effet décongestif. Ce dernier, toutefois, au cours des affections rénales, n'est pas à dédaigner et M. le Pr Renaut (de Lyon) l'a bien démontré. L'application de sangsues sur la région lombaire, au niveau du triangle de J.-L. Petit a, pour résultat de dégager le rein de l'œdème qui l'encombre et de rétablir la perméabilité de l'organe. On aura exercé une action antitoxique en tirant du sang, mais on aura en même temps exercé une action mécanique très importante en décongestionnant le rein.

Certaines *affections nerveuses* (*congestions*, *hémorragies cérébrales*) se trouvent bien de la saignée, si le sujet est vigoureux et pléthorique. Quoi qu'on en ait dit, c'est là une médication excellente, à condition qu'elle s'applique à un diagnostic exact et qu'on ne confonde pas l'attaque de congestion apoplectique avec l'attaque d'épilepsie; dans l'hémorragie cérébrale bien qu'elle ne puisse rien ni sur les lésions ni sur l'épanchement sanguin, la saignée diminue néanmoins la pression intra-crânienne et l'hypérémie générale. Ce ne sont pas là des résultats méprisables. Les avantages sont encore plus manifestes dans les hypérémies des centres nerveux, suite d'*insolation*. Là, nul doute. Une saignée de 300 gr. à 400 gr. est immédiatement requise.

Les *méningites aiguës*, la *myélite aiguë* devront maintes fois être traitées par la saignée. M. le Pr Grasset (1), M. Vires (2), la recommandent. Elle débarrasse l'organisme des toxines microbiennes; son action serait peut-être dans l'espèce plutôt antitoxique qu'anticongestive. La même observation peut être faite au traitement des *convulsions infantiles* par les émissions sanguines, convulsions qui sont très souvent le fait d'une intoxication ou auto-intoxication.

En tous cas les émissions sanguines sont contre-indiquées dans les affections mentales. Les états maniaques s'en trouvent d'ordinaire mal; c'est à peine si l'on a droit d'appliquer quelques sangsues aux maniaques particulièrement congestionnés.

III. Saignées dans les maladies toxiques. — Lorsque l'intoxication est déterminée par des *poisons extérieurs*, la saignée n'intervient que rarement. Il suffira de mettre le malade à l'abri du poison et de stimuler l'activité des émonctoires éliminateurs, Pratiquez une saignée en pareil cas, le résultat sera souvent mauvais. La saignée chez les alcooliques n'est plus pratiquée par personne, et heureusement. C'est tout au plus si dans l'*ivresse simple*, avec congestion du poumon et du cerveau, une émission sanguine modérée, telle que l'application de 3 ou 4 sangsues aux apophyses mastoïdes ou à l'anus, est parfois tolérée. Il en est de même dans l'*intoxication par l'oxyde de carbone*. Une saignée locale (application de sangsues derrière l'oreille) est indiquée d'après Simon, lorsque cette dernière intoxication se complique d'accidents de congestion cérébrale.

Il est cependant des circonstances où la saignée générale est indiquée. Ainsi, E. Hirtz (1) la recommande dans l'*intoxication par le sulfure de carbone*; une large injection de sérum artificiel fera suite. Ce sont là interventions d'exception. En général, le praticien se souviendra de cette vérité : la saignée met l'organisme en état de moindre résistance. L'avantage qu'il retire de la soustraction d'une petite quantité de poison est annihilé par les inconvénients de l'affaiblissement général.

Les maladies infectieuses, on le sait aujourd'hui. agissent surtout par les toxines microbiennes; il semble donc que les saignées y soient indiquées. Nous avons vu qu'elles pouvaient être autorisées, mais avec prudence et le plus souvent sous forme d'émissions sanguines locales. A moins qu'il ne s'agisse d'individus vigoureux, n'ayant à faire que les frais d'une maladie courte, comme la pneumonie. auquel cas la saignée peut convenir. A moins encore qu'une complication grave soit survenue qui nécessite une soustraction sanguine abondante (dilatation du cœur, néphrite et urémie).

(1) *Traité de thérap. appl.* de Albert Robin. Fasc. XIV, p. 21.
(2) Vires. *Maladies nerveuses*, 1902. Masson, édit., p. 380.

(1) *In Traité de Thérap.* d'Albert Robin : *Intoxications*.

Digitized by Google

Les maladies par auto-intoxication ouvrent des portes autrement larges à la saignée. Certains *arthritiques pléthoriques* à tendances congestives, non améliorés par le régime, se trouveront bien d'une saignée de temps à autre. Dans ma jeunesse, j'ai encore connu les barbiers de l'ancien temps, en Alsace; ils pratiquaient de petites opérations, saignaient et se rendaient à domicile, une ou deux fo par an, pour pratiquer l'ouverture de la veine che les individus pléthoriques ou couvrir tout leur do de ventouses scarifiées. Certains *accidents goutteux* réclament l'usage de la saignée; telle la congestion cérébrale. Quand un goutteux présente des vertiges, de la céphalée, de la somnolence, et que ces accidents tendent à s'aggraver, le praticien fera sagement de ne pas attendre. Il ouvrira largement la veine et pratiquera une saignée de 300 à 400 gr.

Les maladies des reins et l'urémie qui leur fait suite : ce sont elles qui fournissent à la saignée ses plus beaux succès. Avec l'œdème aigu du poumon, les dilatations du cœur et l'éclampsie puerpérale dont nous allons parler, ce sont elles qui montrent le plus de sujets à l'article de la mort, et remis sur pied, grâce à l'emploi de cette méthode. Dans une néphrite aiguë, quand les phénomènes urémiques apparaissent, le praticien fera la saignée immédiate. Une soustraction de 400 à 500 gr. de sang peut être opérée sans inconvénients. Quand la néphrite tourne à l'état chronique et que le malade s'affaiblit, il sera difficile de lui pratiquer des émissions sanguines aussi abondantes. On usera alors de la méthode préconisée par M. le Pr Renaut : saignées locales au niveau du triangle de J.-L. Petit, 4 à 5 sangsues de chaque côté chez les adultes; 1, 2, 3 sangsues chez les enfants. Toutefois, on ne peut réitérer à brefs intervalles les saignées locales « on arriverait à superposer à l'intoxication interstitielle la cachexie particulière aux émissions sanguines indéfiniment reproduites » (Renaut). Le professeur de Lyon recommande des intervalles de 15 jours à 3 semaines dans les applications de sangsues, lesquelles pourront être réduites de nombre : 3 sangsues de chaque côté, puis 2, puis 1. Dans l'intervalle le cœur sera tonifié et la diurèse activée par l'administration de la digitaline : 1 milligr. tous les 4 à 5 jours pleins. Pour ma part j'ai usé dans maintes circonstances de la méthode de M. le Pr Renaut. Les urémiques dont le cœur commence à fléchir s'en trouvent assez bien, et la digitaline leur peut être administrée tous les 5 jours, sans danger d'accumulation. Toutefois la digitaline ordonnée à doses massives risque de produire d'autres inconvénients. Elle semble parfois fatiguer le cœur; rapidement l'action du remède s'épuise. Aussi préférons-nous le prescrire à doses plus fractionnées : dix gouttes de la solution de Nativelle au 1/1.000 3 à 5 jours de suite. Suspendre 10 à 12 jours et reprendre 3 à 5 jours.

L'éclampsie puerpérale compte à côté de l'urémie comme une des indications essentielles de la saignée. Ce n'est plus le rein, comme on le croyait jadis, c'est surtout le foie qui est responsable des accidents d'auto-intoxication gravidique. Une saignée de 400 à 500 gr. sera immédiatement pratiquée. Une amélioration rapide pourra suivre, la malade étant en même temps soumise au traitement habituel : régime lacté et lavements de 4 gr. de chloral répétés 2 à 3 fois par jour.

L'étude de la saignée nous offre plus que des avantages pratiques. Elle est en outre d'un enseignement à méditer. La thérapeutique est basée sur la physiologie; celle-ci existait à peine, il y a trente ans. Comment discerner les indications de la saignée en pareille ignorance? Les anciens avaient vu les bons effets des soustractions sanguines, les modernes en avaient retiré des bénéfices souvent précaires. Tantôt cela faisait du bien, tantôt du mal. Quand, et à propos de quelles maladies ces différences? On ne savait trop. La physiologie actuelle en faisant de la saignée une médication d'urgence, liée non à la nature d'un mal, mais aux complications dont le mal est susceptible, a du coup éclairé le champ des indications. On saigne, on sait quand et pourquoi.

CH. FIESSINGER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Méthode non sanglante de réduction des luxations de l'astragale.

A propos d'un très intéressant article que je viens de lire dans le dernier numéro (n° 39) sur les luxations de l'astragale, j'ai l'honneur de signaler aux lecteurs du *Journal des Praticiens* un mode de réduction non sanglante qui, employé deux fois, a donné deux succès. En 1899, entre à l'Hôtel-Dieu, de Lyon, une femme de 40 ans ayant une luxation de l'astragale complète en dehors. Pied inversé en dedans, complètement luxé et ayant perdu tout rapport immédiat avec la mortaise tibio-péronnière. Saillie de l'astragale sur la partie dorsale, en dehors, la tête de l'os se trouvant supérieure. L'os, fixé dans sa nouvelle position, était complètement immobile.

Après de vaines tentatives de réduction manuelle, sur les conseils de M. le Pr Jaboulay dont j'avais l'honneur d'être l'interne, j'enroulai, sous anesthésie, une bande d'Esmarch très serrée, des orteils au dessus de la cheville, comme pour le pansement classique du cou de pied; je terminai par une série de huit de chiffre, leur centre se trouvant au niveau

Digitized by Google

de l'os luxé. Au bout de quelques minutes, le pansement fut enlevé : la luxation était réduite.

— J'ai eu, à Oyonnax, l'occasion d'employer pareille méthode, avec pareil succès, chez un jeune homme. Luxation interne de l'astragale, l'os faisant saillie au-dessous de la malléole, avec pied déjeté en abduction et légère rotation en dehors. Il fallut deux applications de la bande élastique pour réduire la luxation ; le malade ne fut pas endormi.

Cette méthode de réduction me paraît intéressante non pas au point de vue du mécanisme que je n'ai pas à faire ici (Voir *Thèse de Lamy*, Lyon, 1899), mais à cause de sa simplicité et de ses résultats. La bande doit être appliquée serrée; mais, point important, il faut surtout avoir soin de faire de nombreux huit de chiffre ; leur pression latérale sur la tête de l'astragale, jointe à quelques mouvements que l'on peut imprimer au pied, feront rentrer les choses en place. — Dr Paul Boudin, d'Oyonnax, *ancien interne des Hôpitaux de Lyon.*

FAITS THÉRAPEUTIQUES

Zona métamérique. — Injection épidurale de sérum physiologique. Disparition rapide des douleurs

par M. Ambard, *interne des Hôpitaux*

Cette observation recueillie dans le service de M. Huchard, à Necker, nous semble un remarquable exemple de la sédation des névralgies par l'injection épidurale de sérum physiologique, — et c'est à ce titre surtout qu'elle nous a paru digne d'être publiée.

Femme âgée de 57 ans — marchande des quatre-saisons — pas d'antécédents intéressants.

Le 5 juin, la malade éprouve dans la région sous-mammelonaire gauche une douleur très vive qui l'empêche de dormir la nuit ; le lendemain, un médecin consulté ne constate rien localement et attribue la douleur à une contusion légère dont la région porte la trace. La douleur persiste très instense les jours suivants. Le 12 juin la malade entre dans le service. Elle présente sur la moitié gauche du tronc des groupes de vésicules déjà flétries. L'éruption zostérienne forme une bande haute de trois travers de doigt coupant à angle aigu les 9e, 10e et 11e côtes, et s'étendant depuis la ligne des apophyses épineuses en arrière jusqu'à la ligne médiane du corps en avant. Elle se compose de bouquets, au nombre de huit à dix de vésicules assez confluentes. Pas de vésicules aberrantes.

Du 12 au 21 juin.— Douleurs très violentes, spontanées et à la pression, arrachant parfois des larmes à la malade. Insomnie. L'antipyrine et la phénacétine sont sans effets. Le 22 juin.—Ponction lombaire par laquelle on retire 2 cent. cubes d'eau liquide absolument limpide ne contenant aucun élément figuré. Douleurs persistantes et insomnie. Le 23 juin, à 2 heures de l'après-midi, M. le Dr Cathelin pratique selon sa méthode une injection épidurale de 20 cent. cubes de sérum physiologique à 7 ‰. Vers 5 heures du soir, migraine violente et vomissement — pendant une demi heure. Vers 9 heures du soir, second accès de migraine ; vers 9 h. 1/2, vomissement, — durée 1/4 d'heure. (La malade déclare n'avoir jamais souffert de migraines antérieurement). Vers 10 heures la malade s'endort paisiblement et dort toute la nuit pour la première fois depuis plus d'une semaine.

Le 24 juin. — La malade se trouve si complètement guérie qu'elle veut quitter le service. Aucune douleur spontanée ni provoquée. Pas de gêne de la miction ; pas de température. Du 24 au 28 juin, la guérison persiste intégrale. Le 28 juin, la malade quitte le service.

En terminant, nous rappellerons que M. Widal (*Soc. méd. des Hôp.*, 26 juillet 1901) a traité un zona par des injections épidurales de cocaïne, mais que les douleurs dans ce cas n'ont cédé définitivement qu'au bout de plus d'un mois et après la cinquième injection ; que M. Sacquepée (*Soc. méd. des Hôp.*, 13 juin 1902) a traité un zona par une injection lombaire de 3 centigr. de cocaïne et que « les douleurs n'ont été calmées que quelques jours». Que la guérison en pareil cas reste définitive, l'affirmation de notre malade, six semaines plus tard, est là pour l'établir. Jusqu'à cette date la malade n'avait ressenti aucun retour de ses souffrances.

Clinique des Hôpitaux

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Duplay (M. Marion, *suppléant.*)

Les ankyloses du genou

Un adulte du service souffre du genou droit depuis trois mois. Le membre est en demi-flexion, très douloureux, et déjeté en dehors, les muscles sont atrophiés. L'état général est bon ; on ne constate pas de ganglions dans l'aine.

Il s'agit d'une ankylose en position vicieuse. Cette ankylose est-elle osseuse ? Il est possible d'imprimer quelques mouvements à l'articulation. Si l'ankylose était de nature osseuse, pareils mouvements seraient impossibles. Il faut donc rejeter l'idée d'une ankylose osseuse. Dans l'espèce, ce ne peut être qu'une ankylose fibreuse ; celle-ci permet seule quelques mouvements. Mais cette ankylose fibreuse, quelle en est la cause ? On ne peut invoquer ici ni le traumatisme, ni l'immobilisation prolongée. On sait que parfois l'immobilisation prolongée d'une articulation aboutit à sa raideur définitive ; mais cet accident n'arrive qu'aux vieillards, et le malade est un adulte dans la force de l'âge ; d'ailleurs, il n'avait pas été immobilisé.

Quelle est la nature de ce rhumatisme ? La maladie avait commencé par les articulations des épaules, puis elle s'était fixée au genou, les épaules étant guéries. Pareille allure est celle de l'arthrite blen-

Digitized by Google

norrhagique : celle-ci attaque deux, trois jointures, les quitte, puis se localise dans l'une d'elles. Le malade ayant été atteint d'une vieille blennorrhagie, le diagnostic s'impose. Seulement, il se peut que ce diagnostic ne soit pas complet. A côté de la blennorrhagie, il peut y avoir autre chose. Ce blennorrhagique était atteint de bronchites fréquentes ; un de ses sommets est douteux. C'est peut-être de ce fait un tuberculeux. Il est possible que sur l'arthrite blennorrhagique soit venue se greffer de la tuberculose. On trouverait un point d'ostéite tuberculeux dans l'un des condyles fémoraux qu'il n'y aurait point lieu d'être étonné.

Le traitement de pareilles ankyloses sera avant tout préventif. Il conviendra de s'attaquer délibérément à l'arthrite primitive, et sans s'arrêter aux moyens accessoires, d'immobiliser tout de suite la jointure. Quand c'est le genou qui sera atteint, on appliquera un appareil plâtré et celui-ci sera volumineux. Il commencera à la plante des pieds et remontera jusqu'au pli de l'aine, le membre étant enveloppé dans toute son étendue.

A côté de l'immobilisation, prendra place une autre pratique, laquelle sera applicable dans les cas d'épanchement intra articulaire abondant : la ponction ou bien encore l'arthrotomie.

Comme en dépit des précautions prises, l'arthrite peut se terminer par ankylose quand même, il conviendra de fixer le membre en bonne position. On placera la jambe en extension, mais non en extension totale. Un léger degré de flexion facilite la marche et dissimule mieux la difformité, quand le malade est assis. Le pied sera placé à angle droit sur la jambe. Combien de temps faut il maintenir l'immobilisation ? Ceci est un peu affaire de tâtonnements. On essaiera au bout de quelques semaines des mouvements, si toute inflammation articulaire semble disparue. Ces mouvements seront douloureux, la jointure étant guérie ou non ; mais si la jointure est guérie, la douleur se calmera dans l'intervalle des mouvements, tandis qu'elle persistera au cas où l'articulation serait encore malade. Constate-t-on la persistance des douleurs ? C'est un signe que l'articulation souffre. Il faut reprendre l'immobilisation.

Le traitement curatif comprend des méthodes non sanglantes ou des méthodes sanglantes.

Dans les méthodes non sanglantes, on compte le redressement lent par massages. C'est là une excellente méthode, efficace et bien supportée. Des appareils à leviers en cuir moulé ont été inventés dans un semblable but, et agissent de même. Ce redressement lent est supérieur au redressement successif, prôné par certains auteurs. Ce dernier consiste en une série de tentatives de redressement énergique suivies d'immobilisation. Aussitôt la douleur disparue, au bout de 5 à 6 jours en moyenne, on renouvelle l'expérience, l'appareil immobilisateur ayant été préalablement enlevé.

Le redressement brusque est une bonne méthode, mais il ne s'applique pas à tous les cas, et ne peut s'opérer que sous le chloroforme. L'arthroclasie qui consiste en une fracture de la jointure, peut être également rangée dans les opérations non sanglantes. Elle est peu employée.

Les méthodes sanglantes comprennent : la ténotomie (sections tendineuses dans les cas de rétractions musculaires); l'ostéotomie qui est une sorte d'ostéoclasie à ciel ouvert et la résection.

C'est la résection qui est l'opération de choix dans certaines arthrites, les arthrites tuberculeuses, par exemple. La ténotomie, elle, ne pourra jamais être considérée que comme une opération complémentaire qui précède une intervention plus profonde.

Le redressement manuel est dangereux dans l'arthrite tuberculeuse ; il risque de réveiller des foyers atteints. En pratiquant la résection, rien de tel n'est à craindre, car on enlève les parties malades du même coup. C'est l'opération que M. Marion va pratiquer sur son sujet. Ne serait-il pas tuberculeux, d'autres raisons interviendraient qui feraient pencher la balance en faveur de la résection. Le genou de cet homme est en position vicieuse depuis trois mois ; sous l'effet du redressement, des parties molles pourraient se rompre. L'artère poplitée s'est sans doute rétractée, ses parois pourraient se déchirer, un anévrysme diffus serait capable de se produire.

Ajoutons qu'un autre empêchement au redressement se peut produire. Les condyles fémoraux s'hypertrophient en certains cas ; un véritable cal vient les boursoufler en avant ; comment le tibia se redresserait-il devant pareil obstacle ? Il ne pourrait se porter en avant de la saillie fémorale, et courrait risque de basculer en arrière, produisant ainsi une luxation en arrière du genou. Les productions osseuses du condyle fémoral ne seraient-elles pas aussi résistantes ? Elles se pourraient rompre sans doute, le genou se redresserait ; mais des esquilles osseuses viendraient blesser l'articulation, et un hématome considérable viendrait distendre la jointure.

En tout état de cause pour les vieilles ankyloses, la résection offre moins de risques.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La formation des Maîtres et le concours d'agrégation.

M. Dugard (1) a réuni dans un intéressant volume tous les documents qu'il a pu compulser, tant en France qu'à

(1) Un vol., 242 p., Armand Colin, édit., 3 fr. 50.

Digitized by Google

l'étranger, sur la valeur et la formation pédagogique du Maître. Les programmes et méthodes usités dans le Monde entier sont présentés par lui dans un tableau curieux et fortement documenté. Il ne s'occupe à vrai dire, que de l'enseignement secondaire. Les critiques qu'il émet à ce sujet dépassent toutefois le cadre que l'auteur s'est tracé, et atteignent en maintes parties les frontières de l'enseignement supérieur dont elles soulignent la faiblesse. M. le Dr Le Bon, on s'en souvient peut-être (nº 33), comme vice fondamental de notre enseignement, avait surtout accusé l'inspiration fâcheuse des programmes : ceux-ci étaient presque exclusivement théoriques ; la pratique et l'expérience n'y tenaient qu'une place réduite et tardive. Or, c'est tout au rebours que devrait être composé un programme d'enseignement : la pratique et l'expérience au premier plan, la théorie bien loin derrière et seulement comme complément d'instruction. M. Dugard s'en prend moins aux programmes. A son jugement, le Maître surtout est en faute. Et cela dans la plupart des pays d'Europe. La préparation pédagogique des professeurs, où qu'on aille, apparaît comme lamentable. Les examens qui confèrent le droit d'enseigner sont sans doute d'excellentes épreuves techniques ; leur valeur pédagogique est nulle. Ceci nous conduit à parler de notre concours d'agrégation.

Que demande-t-on à un candidat à l'agrégation de médecine ? De prouver ses aptitudes d'enseignement. Mais quel enseignement ? Celui sans doute qui fera les meilleurs médecins ? C'est donc l'enseignement au lit du malade, la leçon clinique et thérapeutique à propos d'un sujet vivant qui figurera l'épreuve essentielle, celle même qui sera répétée au besoin, car elle fournit les renseignements les plus assurés sur le mérite réel du Maître, sur sa faculté d'assimiler et d'utiliser les matériaux d'érudition dont il s'est empli, sur son pouvoir de les transformer en substance nutritive, j'entends de les faire aboutir en pratique à un diagnostic précis et à un traitement efficace. La leçon clinique ou les leçons cliniques des candidats, voilà l'épreuve, la seule valable, la seule qui doive impressionner le jury. Que fait le jury ? Il la supprime ou à peu près.

Pour lui, ce qui décide son choix, ce n'est pas l'érudition assimilée et vraiment utile du candidat, ce n'est pas son habileté à établir un diagnostic et un traitement ; c'est, je n'ose vraiment le dire, tant la chose est hors les limites de la croyance possible, c'est son entraînement à parler avec aisance pendant un temps requis. Il faut 3/4 d'heure : après cela, si l'orateur a rempli sa leçon, juste le temps voulu, pas une minute de plus, pas une de moins, avec la sonorité des phrases vides et la répétition à intervalles heureusement calculés, et en termes divers, des deux ou trois notions précises qui composaient son bagage de connaissances, oh ! alors, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle. Le mérite est d'autant plus grand qu'on a parlé sans rien dire. Le jury décerne la palme à l'orateur. En sorte que la première qualité qui ouvre à un Maître de la médecine les portes de l'enseignement, est le bavardage. Et cela est terrible. Car cette habitude, on la garde. On se fie à elle ; qu'importe si on ne connaît pas son sujet ! Le Maître se tire toujours d'affaire. Il parle, parle, les mots coulent, l'auditeur est saisi : que d'adresse et de talent ! Oui, mais à la sortie du cours, c'est le vide. Chacun s'aperçoit qu'il a perdu son heure et n'a rien appris.

Notre excellent doyen, M. le Pr Debove, prétend changer tout cela. Son projet est assez séduisant, bien qu'imbu de certaines illusions. Rien qu'une épreuve : l'exposé sur titres. Je veux bien, mais ce sera encore du bavardage. Un exposé sur titres ne devrait compter qu'autant que le candidat ait fait preuve d'un travail vraiment original, et l'originalité ne consiste pas à répéter ce que d'autres ont déjà dit. Il faut du nouveau, des constatations dont les analogues n'ont pas encore vu le jour, des interprétations personnelles sur des faits personnels. Or, l'exposé de tout cela ne tient pas grand place. L'apport original du plus original des candidats est énuméré en dix minutes. Va donc pour une leçon de dix minutes sur les travaux originaux, cette leçon n'étant ouverte qu'à ceux qui ont trouvé quelque chose, tous les autres, quelle que soit la quantité de leurs travaux, n ayant pas droit d'y prendre part.

Une leçon de dix minutes sur leurs travaux personnels par les candidats qui ont produit une œuvre de valeur, un double examen de malades avec leçon clinique et thérapeutique pour tout le monde. Voilà ce semble, un programme tout indiqué. Parce qu'il est bien simple, il y a fort à parier qu'on ne l'adoptera pas.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Guérison du prolapsus rectal par le traitement médical. — Edmund Owen, dans le traitement du prolapsus rectal, avait déjà réprouvé l'usage du bistouri, du thermocautère, voire du nitrate d'argent. C'est aussi l'opinion à laquelle se rangent tous les praticiens. M. Baumel (*Arch. de Méd. des Enfants*, avril), raconte l'histoire d'une enfant qui, opérée à 16 mois d'un prolapsus rectal dans un service de chirurgie, ne fut pas guérie; à 3 ans, le prolapsus persistait. Il faut dire que cette enfant avait de l'adénopathie bronchique avec toux coqueluchoïde et de la diarrhée. Le prolapsus se dissipa à la suite de longs mois, mais nullement parce qu'une intervention chirurgicale avait eu lieu. Le traitement institué (sirop de raifort iodé, régime lacté absolu, bismuth, sirop de lacto-phosphate de chaux) et la sévérité du régime prescrit vinrent seuls à bout des accidents.

L'enfant ayant été nourrie trop tôt et mal dans le premier âge, et ayant été prise d'une broncho pneumonie à l'âge de 22 mois, l'auteur voit la raison du prolapsus rectal et de sa persistance dans cette double origine : 1° Gastro-entérite et diarrhée chronique, par sevrage précoce et alimentation vicieuse ; 2° Toux d'adénopathie consécutive à la broncho-pneumonie. Il suffit au traitement médical d'être sévère et continu, pour que des prolapsus de 15 à 20 centimètres arrivent à se réduire.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Les végétations adénoïdes

Avant de recourir à une intervention chirurgicale, il y a moyen de mettre en œuvre diverses médications d'ordre médical. Celles-ci peuvent fort bien suffire.

Les auteurs conseillent des instillations d'huile mentholée (1/100), d'huile résorcinée (1/25). L'enfant étant couché ou la tête légèrement rejetée en arrière, on injecte dans les narines — une petite canule nasale étant adaptée à la seringue de Pravaz, de manière à ne pas blesser l'enfant, s'il remue — quelques gouttes à 1/2 c.c. de la solution. Ces instillations sont répétées 2 à 3 fois par jour.

On pourra introduire dans l'intervalle des instillations un petit tampon de la pommade suivante :

Menthol	0 gr. 10
Acide borique	2 grammes
Vaseline neutre	20 —

Ou bien on insufflera une des poudres suivantes :

Menthol	0 gr. 10
Sous nitrate de bismuth	8 grammes
Acide borique	2 —

Ou :

Camphre	2 grammes
Acide borique	4 —
Sous-nitrate de bismuth	8 —

Des irrigations nasales peuvent être prescrites concurremment. Celles au lysol (une cuillerée à café par litre d'eau bouillie) nous ont donné de bons résultats.

Le Dr Lapeyre (de Fontainebleau) conseille le traitement iodé à l'intérieur : six gouttes, 3 fois par jour, augmentant chaque jour d'une goutte, à l'une des trois fois. Il arrive ainsi jusqu'à 50 et même 60 gouttes. Ces doses nous semblent un peu fortes. Elles risquent peut-être de compromettre les fonctions digestives.

Il vaut mieux, selon nous, donner une dose moindre d'iode (15 à 20 gouttes sont déjà une quantité raisonnable) et faire en plus des badigeonnages iodés. Chez deux enfants atteints de végétations assez volumineuses et tenant la bouche constamment ouverte, nous avons évité l'opération qui était conseillée, par l'emploi de badigeonnages avec un collutoire iodé :

Glycérine	20 grammes
Teinture d'iode	10 —

Le pinceau courbe chargé du collutoire pénétrait jusqu'à la luette et à ce moment était renversé en haut et dirigé vers la cavité postérieure des fosses nasales. On recommençait une fois par jour. On peut aussi employer un collutoire résorciné (1/25) dans le même but. M. Lapeyre, grâce à son traitement intensif (50 à 60 gouttes à des enfants), dit avoir guéri plusieurs adénoïdiens dont les végétations étaient très volumineuses et qui avaient des otites suppurées et étaient presque complètement sourds. Ce sont là de très beaux résultats. Nous n'avons pour notre part jamais donné ces hautes doses de teinture d'iode à des enfants; des adultes déjà, aux doses de 10 à 15 gouttes, supportent parfois malaisément le médicament.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'appendicite chez les enfants. — Les communications retentissantes de M. le Pr Dieulafoy à l'Académie ont eu un double effet ; dans la grande ville où les chirurgiens abondent, de précipiter l'intervention chirurgicale ; l'opération précoce est le seul traitement de l'appendicite, avait proclamé M. Dieulafoy. Et les ventres d'être ouverts en toute hâte. A la campagne, les praticiens sont bien désorientés, et c'est là le second effet des assertions de M. Dieulafoy. Les confrères ne savent plus quelle décision prendre. On leur dit d'opérer. Mais si ce n'est pas une appendicite ? Des erreurs ont été commises. Si l'on se presse on risque d'ouvrir toute autre chose qu'une appendicite. Ce peut être une occlusion intestinale et alors il n'y a pas de mal ; mais ce peut être aussi une fièvre typhoïde, une douleur hystérique, une colique néphrétique, une pneumonie, et alors que dira le patient ? D'autre part, M. Dieulafoy est impératif. Il ne faut pas attendre : à partir du 4e ou 5e jour, les chances de succès diminuent. Voilà le praticien fort empêché. S'il intervient le premier jour, il n'est pas sûr de son diagnostic. S'il attend, il est trop tard. De telles difficultés et de pareils risques ne sont pas faits pour l'encourager. Il n'opère pas à chaud, et il a mille fois raison. Le client viendrait-il à succomber, on ne manquerait pas d'accuser son intervention. C'est elle qui aura tué le malade.

Reste donc le traitement médical. Mais là encore les contradictions se pressent. Certains maîtres conseillent une purgation immédiate. M. Lucas-Championnière préconise l'huile de ricin à la dose de 30 gr. C'est le seul traitement médical qu'il admette ; il réprouve le calomel qui ne débouche pas l'intestin et l'opium qui augmente la constipation. Tout au plus, en cas de souffrances vives, autorise-t-il une

Digitized by Google

injection sous-cutanée de morphine (*Journal des Praticiens*, n° 20). Par contre, M. Talamon pense tout autrement. Au début, et selon lui, le purgatif serait nuisible en excitant les contractions de l'intestin ; il peut faciliter la perforation si elle n'existe pas ; il ne peut qu'en aggraver les conséquences si elle existe. M. Talamon n'admet les purgatifs qu'à une période plus tardive et bien déterminée : au bout de 4 à 5 jours quand la poussée inflammatoire et douloureuse est calmée. A ce moment ils sont utiles pour vider l'intestin distendu par des matières et des gaz. (*Traité de Thérap. appliq.*, 1898, p. 254).

Voilà les deux opinions. La seconde, celle de M. Talamon, semble réunir la majorité des suffrages. Dans notre pratique, c'est celle que nous suivons. Récemment M. Michaux l'a défendue (*Congrès de Chirurgie belge*, 8 septembre 1902). Depuis qu'il est devenu temporisateur en chirurgie, son pourcentage de mortalité est tombé de 18 0/0 à 8 0/0. Le traitement médical qu'il emploie, consiste dans le repos absolu, l'application de 3 à 4 vessies de glace sur le ventre nu et renouvelées toutes les 2 heures, l'opium. Un mieux immédiat suit cette thérapeutique, qui permet presque toujours de refroidir le foyer d'infection.

M. Broca pense de même ; étant devenu temporisateur au lieu de radical qu'il était au début, il déplore que des malades purgés et repurgés soient en fin de compte adressés au chirurgien, quand un traitement médical maladroit a fait son œuvre. (*Congrès de Chirurgie belge*, 8 septembre.)

Chez l'adulte, quand la constipation existe, on peut administrer un léger purgatif. C'est la pratique de M. Albert Robin et de nombre de confrères. L'huile de ricin semble en pareil cas le purgatif le moins dangereux. (20 gr.).

D'après les observations par nous recueillies il ne semble pas qu'il en soit de même chez l'enfant. Encore la semaine dernière, nous avons vu deux enfants de 6 et 7 ans succomber à une péritonite généralisée le 6e et 10e jours de la maladie, alors que le confrère renseigné qui les soignait avait eu soin de vider leur intestin par un laxatif et des lavements. L'enfant supporte malaisément un purgatif au début de l'appendicite.

Ce n'est pas à dire que les autres traitements de l'appendicite réussissent toujours. Une des conditions qui favorisent le mieux la guérison de l'appendicite, le repos au lit, est fort mal observée par l'enfant. Il souffre, bouge, se débat. De là sans doute une des causes qui amènent chez lui la gravité souvent forte de l'appendicite. On sait en effet que l'adulte, même convalescent de son appendicite, doit encore garder le repos absolu pendant 8 à 10 jours. Il ne doit remuer, ni au cours, ni dans le déclin de sa maladie. Comment obtenir pareille soumission chez un enfant ?

Pour notre part, nous suivons dans ses grandes lignes le traitement préconisé par Talamon : 1° *Application de sangsues* (12 chez l'adulte, 3 chez l'enfant sur la fosse iliaque droite). Cette saignée locale sera suivie de l'application de *cataplasmes chauds laudanisés* renouvelés toutes les 1/2 heures, ou de la plaque électrique chauffante du Dr Larat (thermoplasme), qui permet d'obtenir une température continue et constante. Dans un cas d'appendicite chez l'adulte pour lequel deux Maîtres des hôpitaux avaient récemment conseillé l'intervention chirurgicale, nous avons retiré d'excellents effets de l'emploi de cet appareil et la malade a guéri par le simple traitement médical. En cas de vomissements ou de douleur vive persistante, on remplacera les applications chaudes par *des vessies de glace* ; 2° Si la douleur persiste, une *injection sous-cutanée de morphine*, 1 centigr. chez l'adulte, 1/4 de centigr. chez un enfant de 6 ans, répétée si c'est nécessaire, amendera plus sûrement les symptômes que l'opium, lequel en augmentant la constipation, exagère et prolonge le tympanisme ; 3° Au *bout de 4 à 5 jours*, les symptômes s'étant calmés, on provoquera une garde-robe par l'emploi, soit *d'un suppositoire glycériné, l'injection de quelques grammes de glycérine dans le rectum, ou l'absorption d'une cuillerée à café d'huile de ricin ;* 4° Quant à l'alimentation, elle sera réduite au minimum. Une *eau alcaline légère* (eau de Vals Saint-Jean, eau de Soultzmatt) en fera tous les frais. Les 4 ou 5 premiers jours, et tant qu'il y aura de la fièvre, mieux vaut ne pas donner autre chose. En cas de vomissements, on supprimera même pendant les 24 ou 36 premières heures toute espèce de liquide. On permettra ensuite et avec parcimonie quelques bouillons légers et dégraissés. Le lait n'est pas proscrit par la plupart des auteurs. On sait toutefois que le meilleur traitement des gastro-entérites infantiles consiste dans sa suppression. Son absorption courant risque d'augmenter la virulence des germes intestinaux, il nous a paru préférable, avec d'autres praticiens, de ne pas l'autoriser dans l'appendicite. (Larger, *Bull. Médic.*, 23 mars 1898). Ce n'est pas tout de guérir ; mieux vaut prévenir si possible. Et rien n'est plus simple dans l'appendicite. Celle-ci fait suite à des troubles gastro-intestinaux, à de la constipation. Albert Robin considère l'hypersthénie gastrique comme une cause habituelle (*Bull. Acad. de Méd.*, 20 mars 1897). Il préconise l'emploi fréquent des laxatifs (huile de ricin), et l'institution d'un régime approprié (poissons, légumes en purée, œufs à la coque, fruits cuits, viandes et volailles rôties ; eau pure comme boisson

Digitized by Google

à la fin des repas infusion légère de camomille ou de tilleul.

Aux enfants nous recommandons tous les mois une cuillerée à café d'huile de ricin qui sera renouvelée dans l'intervalle, en cas de constipation. Les trois jours qui suivent l'emploi de l'huile de ricin, les enfants useront de pastilles vermifuges à la santonine (0,02 à 0,05 à partir de 2 ans). Ceci pour combattre les ascarides, causes possibles de l'appendicite. Le tricocéphale, autre parasite prédisposant à la maladie sera combattu par de légères doses de thymol (0,01 à 0,03). (Metchnikoff, *Bull. Acad. de Méd.*, 12 mars 1901). L'habitude de donner des vermifuges aux enfants est abandonnée. Il sera sage de la reprendre. — C. F.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Les indications de l'interruption thérapeutique de la grossesse. — La formule qui doit guider le praticien a été nettement exprimée par M. le Pr Pinard (Congrès de gynécol. et d'obstét. de Rome, septembre 1902). « On doit interrompre la grossesse, dit-il, quand une maladie produite ou aggravée par elle, menace la vie de la femme ». Le professeur de Paris range en deux classes les affections où semblable intervention est requise. 1° Dans les unes, il s'agit de *maladies développées par le fait de la grossesse*, hémorragies utérines, hydropisie de l'amnios, grossesse molaire, toxémies gravidiques, vomissements dits incoercibles, albuminurie, éclampsie; 2° dans les autres, il s'agit de *maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse*: maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil urinaire, maladies de l'appareil respiratoire. M. le Pr Pinard ne parle pas des maladie aiguës intercurrentes; selon lui, il n'en est pas une, même le choléra, qui puisse présenter une véritable indication d'interrompre la grossesse.

1° *Maladies développées par le fait de la grossesse. Hémorragie utérine.* — M. le Pr Pinard estime que l'indication de l'interruption de la grossesse est surtout révélée par l'état du pouls. Au-dessous de 100 pulsations, il faut attendre; au-dessus de 100 pulsations, quand ce chiffre est maintenu d'une façon permanente, il conviendrait d'intervenir. Cette règle, pour précise qu'elle soit, ne manque pas de soulever quelques objections. La fréquence du pouls est variable chez les femmes et l'état nerveux du sujet peut fort bien maintenir cette fréquence à un chiffre assez élevé et sans risques.

Hydropisie de l'amnios. — L'hydropisie de l'amnios est surtout à craindre au début de la grossesse et alors qu'elle se produit rapidement. Elle nécessitera l'interruption de la grossesse quand elle s'accompagne d'un œdème plus ou moins généralisé et d'accidents dyspnéiques ou asphyxiques. Elle la nécessitera encore dans les cas de distension rapide de l'utérus avec douleurs abdomino-costales ou diaphragmatiques très vives, amaigrissement du sujet, diminution de la sécrétion urinaire (hydropisie aiguë de l'amnios). Cette forme, plus souvent rencontrée dans les cas de grossesse double avec hydropisie de l'un des œufs, peut cependant se rencontrer avec un fœtus unique.

Grossesse molaire, môle hydatiforme. — Cette dernière expose à la fois à des hémorragies et à des accidents d'intoxication générale (teinte cachectique, disparition de la contractilité utérine). L'indication est formelle.

Toxémies gravidiques. Vomissements dits incoercibles. — Les vomissements incoercibles disparaissent communément à la suite du traitement approprié. Quand ce dernier n'a pas été appliqué et que la malade court des risques, M. Pinard conseille d'intervenir de la même façon que dans les cas d'hémorragie : dès que le pouls dépasse 100 pulsations. Nous ne pouvons que répéter à propos de cette règle, ce que nous avons déjà dit : elle est trop inflexible pour être toujours vraie.

Albuminurie. — Comme le reconnaît M. Pinard, il est extrêmement rare que le praticien ait à intervenir. Le régime lacté, l'application de sangsues sur la région rénale ou la pratique d'une saignée dans les cas graves constituent avec le repos au lit une médication efficace. Point n'est besoin de recourir à un accouchement prématuré que légitimeraient seulement l'aggravation progressive de la femme, la venue de l'agitation et de l'insomnie, l'exagération de la céphalée et des troubles oculaires.

Eclampsie. — Dans une leçon précédente (n° 26), nous avons vu que M. Maygrier ne pense pas qu'il convienne de pratiquer l'accouchement, l'éclampsie pouvant persister après l'accouchement, et d'autre part la grossesse pouvant continuer après l'éclampsie. M. Pinard partage le même avis, la nécessité de l'interruption de la grossesse chez une femme atteinte d'éclampsie ne lui paraît pas suffisamment démontrée.

2° *Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse. Maladies de l'appareil circulatoire.* — Une règle fixe ne saurait être posée; les accidents asystoliques, les phénomènes de dyspnée et d'asphyxie pouvant être réduits par le traitement médical (régime lacté, saignée, digitale). Le rapporteur estime que lorsque l'intervention s'impose par suite de l'inefficacité du traitement médical, elle réunit plus de succès dans la première moitié de la gros-

Digitized by Google

sesse que dans la seconde et aussi quand l'évacuation de l'utérus aura été conduite plus rapidement.

Maladies de l'appareil urinaire. — La néphrite ne devient grave que lorsque la quantité d'urine tombe au-dessous de 800 à 1,000 gr. ; dans ces conditions il est opportun d'interrompre la grossesse. Hofmeier, *au même Congrès*, a à ce propos émis la double conclusion suivante : il faut intervenir dans la néphrite chronique quand les troubles secondaires, malgré l'application du traitement spécial, se montrent plus inquiétants. Pour la néphrite gravidique, plus de chances sont laissées à la femme ; on attendra jusqu'aux dernières limites et pas avant qu'il soit démontré qu'une aggravation manifeste suit l'emploi de la médication préscrite.

Dans les cas de pyélo-néphrite M. Pinard s'est parfois vu obligé de provoquer l'accouchement prématuré vers la fin de la grossesse, quand la présence de la fièvre et les troubles de la miction aggravaient par trop la situation.

Maladie de l'appareil respiratoire. — Que faire d'une femme enceinte qui est tuberculeuse? Au dernier concours du Bureau Central, un candidat, nommé du reste, n'a pas hésité. Il faut faire avorter la femme, avait-il déclaré. C'est le seul traitement à suivre. M. Pinard se montre avec raison moins catégorique : il faut soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse. Cette opinion résume la pratique de tous les médecins français. Elle est justifiée par l'expérience. La tuberculose, en effet, si elle aggrave souvent la grossesse, ne l'aggrave pas toujours, et d'autre part il n'est pas démontré que l'expulsion prématurée du fœtus ait jamais eu pour effet de retarder l'évolution de la maladie et la terminaison fatale.

Quelques autres maladies, qui ne figurent pas dans la nomenclature précédente, peuvent encore autoriser l'interruption de la grossesse. Telles la *polynévrite*, la *chorée* de la grossesse, la *tétanie*. Pour ces dernières maladies, il faut qu'elles soient graves, comme le fait observer (*Riforma Medica*, 21 sept.) au même congrès, M. Schauta (de Vienne).

La *maladie de Basedow*, le *diabète*, l'*ostémalacie*, justifient souvent l'intervention du praticien. Celui-ci s'abstiendra en général dans les cas de *maladies infectieuses*, en raison du danger qu'il y aurait d'aggraver l'infection de la malade par un état septique de cause puerpérale (Schauta). Quand la femme sera atteinte de *cancer*, deux éventualités peuvent se produire : 1° ou *le cancer est susceptible d'un traitement chirurgical*. En pareil cas, on extirpe tout l'utérus sans faire attention à la grossesse; 2° *ou le cancer ne peut être opéré*. On attendra alors que le fœtus soit viable et on pratiquera ensuite l'opération césarienne. — L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des fractures des membres. — S'il fallait en croire le rapport de MM. Tuffier et Loubet au dernier *Congrès de chirurgie belge*, c'en serait fini du rôle du praticien dans la réduction des fractures. Arrière les attelles et les appareils contentifs. Il n'est qu'une possibilité de guérison : l'intervention sanglante. Il faut inciser les téguments, ouvrir le foyer de fracture, nettoyer, réduire, suturer, maintenir par un appareil. Voilà bien des affaires. Et pourquoi cette complication de difficultés? Parce que la radiographie montre que dans les fractures avec déplacement notable, l'irréductibilité est la règle. Jusqu'aujourd'hui on se contentait des signes cliniques : le praticien ayant obtenu une coaptation convenable de ses fragments osseux se retirait satisfait. Il était encore plus enchanté quand le blessé se servait de son membre sans peine ou ne boitait pas. Le blessé était content de son médecin, le médecin était content de son blessé. C'était l'enfance de l'art. La radiographie protestait : elle démontrait une réduction imparfaite des fragments. Tout était à recommencer. Atteint d'une fracture ancienne de la clavicule ou de la jambe, le malade projetait sur l'écran fluorescent un cal qui ne le gênait pas le moins du monde. C'était une erreur de sa part ; il devait être gêné. Pour lui supprimer cette gêne qu'il ne sentait pas, MM. Tuffier et Loubet lui proposent un moyen garanti: dès le jour de l'accident, une bonne suture en fil de bronze d'aluminium. La suture, voilà le seul traitement. Il n'en est pas d'autre pour les fractures de la rotule, de l'olécrâne, de la tête de l'humérus, du coude, des condyles fémoraux.

Toutes les méthodes anciennes, anesthésie du malade, traction du membre, immobilisation dans un appareil plâtré, donnent des résultats imparfaits. Telle est l'opinion de MM. Tuffier et Loubet. Elle n'a pas réuni l'unanimité des suffrages.

Le co-rapporteur, M. Hannecart tient pour le vieux procédé de l'immobilisation qu'on fera suivre d'un massage assez précoce pour assurer la nutrition du membre. M. Bilhaut (Paris) partage le même avis. Selon lui la fracture de la rotule est la seule justiciable de la suture. M. Rothschild (Francfort) considère seulement comme conditions absolues de l'opération : 1° l'interposition de parties molles que les tractions en divers sens ne seront pas parvenues à dégager ; 2° l'existence de douleurs névralgiques par compression.

Les protestations les plus énergiques ont été formulées par M. Berger : « Il faut réagir, dit-il, contre l'orientation indiquée par le travail de M. Tuffier. Pour l'épaule, par exemple, il n'est pas vrai qu'on obtienne de bons résultats par la coaptation chirur-

Digitized by Google

gicale. Le massage et la mobilisation précoce valent mieux.»

Si la suture et le cerclage métallique sont utiles dans les fractures de la rotule ou de l'olécrâne, pour toutes les autres fractures, celles même intéressant l'articulation, on préfèrera au procédé sanglant les manœuvres ordinaires suivies de l'application d'un appareil. Dans les fractures de la diaphyse fémorale, l'appareil de Hennequin est excellent. Pour la fracture de la diaphyse humérale, on se contentera d'attelles (une attelle antérieure, externe, postérieure) maintenues par une bande. La fracture des deux os de l'avant-bras se trouve bien de l'emploi de compresses graduées maintenues par des attelles en bois. On reverra souvent l'appareil pour le resserrer, si nécessaire.

MM. Sorel (le Hâvre) et Dollinger (Buda-Pesth) préconisent le traitement ambulatoire pour les fractures de jambe ou de cuisse. Les praticiens hésiteront d'y recourir. La raison de leur réserve sera inspirée des paroles de M. Hannecart : « Le traitement ambulatoire nécessite des appareils compliqués, provoquant des douleurs. »

En résumé, de la discussion qui vient de se pour suivre à Bruxelles, se dégage cette impression que la meilleure méthode est encore celle dont les praticiens usent dans leur pratique journalière. Jusqu'aux fractures de la rotule dont la suture, employée par un grand nombre, ne recueille pas l'adhésion de tous. Une voix discordante s'est fait entendre. Ainsi M. Giordano (Venise) n'est partisan de la suture de la rotule, que si le traitement sanglant a échoué. Or, il n'a jamais constaté d'insuccès. Bien plus, il a vu un malade, suturé avec résultat plastique parfait, mais conservant un genou raide, tandis que ses malades, malgré leur cal fibreux, marchent bien.

En pratique, ce n'est pas le résultat radiographique qu'on cherche, c'est le résultat clinique. Qu'importe que l'image se dessine irrégulière sur l'écran, si l'usage du membre est satisfaisant ! Et c'est là une singulière conclusion chirurgicale que celle où ont abouti MM. Tuffier et Loubet : de préférer un membre raide et droit, dont l'usage est médiocre, à un membre moins parfait de ligne, mais dont l'usage est excellent.

CLINIQUE MÉDICALE

Le méningisme. — Dès 1866, Bouchut avait décrit sous le nom de pseudo-méningites certains troubles fonctionnels du cerveau et des méninges pouvant donner lieu à des apparences de méningite, mais se terminant par la guérison. C'est pour des états de ce genre que M. Dupré, en 1894, créa le terme de méningisme et le mot fit fortune.

On a souvent signalé la pseudo-méningite chez les enfants, mais les adultes n'y échappent pas, et M. le Dr Lamouroux vient d'en publier plusieurs cas (*Thèse de Paris*, 1902), dans un travail d'ensemble sur la question. La maladie se montre surtout chez les prédisposés présentant une tare névropathique. Des émotions morales, chagrins, contrariétés, précèdent souvent de 8 à 15 jours l'éclosion des accidents. Ceux-ci apparaissent à la suite de causes déterminantes qui sont d'ordre réflexe, infectieux ou toxique (Dupré).

L'helminthiase intestinale, la dentition, la constipation peuvent être considérées comme des causes réflexes. De même la rétention de pus dans la caisse ou l'inflammation de la mastoïde, lorsque celle-ci s'accompagne de symptômes cérébraux indépendants de toute lésion endo-crânienne.

Les causes infectieuses du méningisme sont toutes les maladies aiguës fébriles à leur période d'incubation ou d'invasion, et plus rarement au cours de la maladie confirmée. Les accidents nerveux éclatant alors que la nature de la maladie causale n'est pas encore déterminée, on conçoit que le diagnostic d'avec une vraie méningite cérébro-spinale épidémique soit particulièrement embarrassant. La pneumonie, la grippe, les infections intestinales, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, le paludisme constituent les maladies infectieuses les plus souvent en jeu.

Il n'existe pas de signe caractéristique qui différencie le méningisme de la méningite tuberculeuse, de la méningite aiguë vraie ou de la méningite cérébro-spinale. Tous les symptômes que l'on rencontre dans les méningites, sans exception, peuvent être observés au cours du méningisme.

Les vomissements, la constipation, la rétention d'urine, l'attitude en chien de fusil, les troubles pupillaires (inégalité de la pupille), le strabisme convergent, la raideur de la nuque et des membres, le signe de Kernig, les modifications du pouls, la fièvre, le délire peuvent se montrer au cours du méningisme. Quelques signes différentiels peuvent être invoqués, moins liés à l'existence du symptôme lui-même qu'à son degré d'intensité, de fréquence, ou à ses diversités d'aspect. Ainsi, le signe de Kernig est moins fréquent que dans la méningite vraie; le ralentissement du pouls n'est jamais bien considérable. D'autre part, certains signes se manifestent sous un aspect spécial. Le délire suivi de convulsions et de coma peut ressembler dans le méningisme à une attaque d'hystérie. Une fois sorti de son coma, le malade ne reconnaît plus personne, mais rit aux éclats quand on l'interroge; dans d'autres cas, comme dans une observation de M. Huchard (*Société Méd. des hôp.*, 13 déc. 1895), le malade crie, vocifère, inter-

Digitized by Google

pelle, fait des tentatives de suicide, puis les jours suivants rit et se met à chanter.

Un bon moyen de diagnostic différentiel, mais moins à la portée du praticien, consiste dans le cytodiagnostic. Le liquide céphalo-rachidien contient des lymphocytes et des polynucléaires dans les méningites tuberculeuses et aiguës ; il ne renferme pas d'éléments cellulaires dans le méningisme. M. Lamouroux n'en a pas constaté en pareil cas.

Enfin, les troubles du fond de l'œil relevés dans les méningites (congestion œdémateuse, hyperémie des artères de la rétine, etc.), n'existent pas dans les cas de pseudo méningite où l'on ne retrouve guère qu'une congestion de la papille optique ou de la choroïde.

La durée de la pseudo-méningite est variable; dans un grand nombre de cas, le syndrôme ne persiste pas plus de 3 ou 4 jours, mais il peut se prolonger 10 à 12 jours. L'évolution de la pseudo-méningite présente deux caractères importants : le début est soudain et les symptômes s'aggravent très vite. Dans l'intervalle de 12 à 24 heures, tous les signes sont au complet; sauf certains cas de méningite apoplectique, très rares du reste, jamais la méningite ordinaire n'évolue avec cette rapidité. Le second caractère, moins important et qui vient confirmer le diagnostic porté de méningisme, est la brusquerie du mieux et de la guérison. Le propre des pseudo-méningites est de se terminer par la guérison, réserve faite de certains cas où la mort survient du fait de la maladie primitive sur laquelle s'était greffé le méningisme (peumonie, par exemple). En pareil cas, le malade succombe avec son méningisme pneumonique. En regard de cette issue fatale de certains exemples du méningisme, on peut opposer la marche favorable de certaines méningites vraies. Le méningisme ne guérit pas toujours, la méningite ne tue pas toujours. Pinaut, dans un travail récent (*Thèse de Paris*, 26 juin 1901), a insisté sur l'existence de méningites cérébro-spinales bactériennes bénignes et curables.

Le traitement dépendra avant tout du diagnostic causal. Le méningisme vermineux ou dû à la constipation sera jugé par l'administration d'anthelminthiques et de purgatifs. On recherchera chez les nourrissons si un corps étranger n'irrite pas les cavités naturelles ou la surface cutanée. La quinine sera administrée dans les cas qui peuvent relever de l'impadulisme. Les enveloppements froids, les bains tièdes chez les enfants (30°), frais chez l'adulte (25°), rendront des services. On les emploiera d'une durée de 10 minutes toutes les 3 heures, une compresse froide étant maintenue et renouvelée sur la tête pendant la durée du bain, M. Lamouroux pense que les bains plus chauds (38°), tels que les préconise M. Netter, doivent être réservés aux cas de méningite cérébro-spinale vraie.

MÉDECINE LÉGALE

Les expertises médico-légales

III. Le médecin légiste a l'audience.

Le rapport remis au greffe du tribunal, le rôle du médecin légiste n'est pas encore terminé. Quelques semaines, quelques mois plus tard l'affaire au sujet de laquelle il a été commis, est inscrite au rôle des assises et il est cité comme témoin.

Il se rend au tribunal : là on commence par l'enfermer pendant de longues heures dans la promiscuité souvent peu agréable des autres témoins à charge ou à décharge. Enfin son tour de déposer arrive.

Après avoir prêté serment, après avoir décliné ses nom, prénoms, domicile, après avoir affirmé qu'il n'est pas au service de l'inculpé et que celui-ci n'est pas au sien, il fait sa déposition. Celle-ci ne doit pas être la répétition textuelle des termes de son rapport, qui, ainsi que nous l'avons dit dans un précédent article, doit être une pièce sobre dans la forme, ennuyeuse peut-être, exacte toujours. Dans le rapport le médecin légiste ne doit entrer dans aucun détail, puisque c'est l'énumération de ce qu'il a constaté ; il n'en est pas de même lors de la déposition orale.

Ainsi, s'il s'agit d'une présomption d'infanticide, dans le rapport le médecin légiste notera que l'enfant est parvenu au terme de la grossesse, rien de plus; au contraire dans la déposition orale il dira : « L'enfant était parvenu au terme de la grossesse, parce qu'il présentait un poids de..., que sa taille était de... que les ongles, etc... » De même dans le rapport il écrira : « l'enfant n'a pas respiré ». A l'audience il dira : « l'enfant n'a pas respiré parce que l'aspect extérieur, la consistance, la coloration des poumons le démontre, parce que la docimasie pulmonaire le prouve... »

Toutes les fois qu'en justice l'expert se trouve amené à parler d'un terme scientifique quelconque, ce qu'il vaut mieux éviter, il est nécessaire, puisqu'il s'adresse aux jurés, incompétents le plus souvent en matière de science, d'en donner l'explication sommaire. Il ne faut pas oublier que certains termes scientifiques n'ont pas le même sens au point de vue médical et au point de vue juridique ; c'est ainsi que le mot *avortement* qui, en médecine, signifie expulsion du fœtus avant terme quel qu'en soit le mode, est réservé en justice à l'interruption de la grossesse par suite de manœuvres criminelles ; ce que nous appelons l'avortement naturel est qualifié au tribunal de *fausse couche*.

L'exposé du rapport terminé, la tâche la plus ardue du médecin légiste commence ; tant qu'il a parlé sur le

Digitized by Google

rapport qu'il a écrit, il sait où il va, il suit un plan déterminé, mais dès qu'il a terminé, le président après avoir résumé sa déposition lui adresse quelques questions sur les points qui lui ont semblé obscurs; de même les jurés, les avocats peuvent lui demander quelques éclaircissements. Dans les réponses qu'il fera, l'expert doit montrer la plus grande prudence, il doit être net, précis et ne pas se laisser entraîner dans des considérations à côté, qui pourraient engager l'action sur une autre voie.

Le médecin légiste peut se trouver parfois dans une situation sinon embarrassante, au moins délicate : c'est quand la défense fait citer un médecin qui vient, comme témoin à décharge, combattre les conclusions du rapport. Dans la discussion toute médicale, qui s'engage alors, l'expert doit conserver tout son sang-froid ; il doit, comme on dit en escrime, parer sans attaquer ni rompre, mais toujours en employant des termes mesurés et en évitant, même si l'on veut l'entraîner sur ce terrain, de discuter au sein du prétoire sur les doctrines médicales. De ces discussions publiques entre Hippocrate et Galien, l'auditoire s'ébaudit et elles sont loin de rehausser la profession médicale.

Parfois, quand par hasard c'est un médecin qui est inculpé, il est de ses amis qui viennent à la barre du tribunal pour le défendre et se porter garants de son honorabilité. Certes on ne peut que louer leur zèle, mais trop souvent parlant dans une affaire dont ils ne connaissent que certains points, ils vont à l'encontre du but poursuivi, et entraînent la condamnation ou une aggravation de peine pour leur ami.

Lors du procès Boileux Lajarrige, il s'agissait de savoir si Boileux, qui avait pratiqué une intervention chirurgicale malheureuse sur une demoiselle Thompson, avait commis une faute grave. Mademoiselle Thompson était enceinte, et, sans examen préalable, Boileux pratiqua un curettage. Quant à savoir si Boileux avait agi dans le but de provoquer un avortement, les experts n'avaient pas envisagé cette question et la faute lourde, par défaut d'examen, était le fait qui dominait tout le procès. D'avortement il y avait peut-être présomption, mais rien de plus.

A l'audience, un médecin, ami d'un des inculpés, sans s'inquiéter de savoir quelle charge pesait sur eux, vint déposer en leur faveur, et dans sa déposition voulut laver les accusés de la suspicion d'avortement, et il ajouta, donnant cela comme preuve de la bonne foi de Boileux, que l'avortement par curettage ne pouvait être tenté qu'avant le troisième mois, parce que plus tard l'état des os du fœtus trop ossifiés, exposerait la mère à des déchirures de l'utérus.

Jusqu'alors la question avortement n'avait pas été abordée, mais aussitôt le président rappela les experts à la barre et leur demanda leur avis sur la possibilité de l'emploi du curettage pour interrompre une grossesse, et force leur fut bien de dire que cette méthode, qui a même été préconisée jusqu'au troisième mois, dans la pratique de l'avortement médical, n'avait encore jamais été signalée comme ayant servi à l'accomplissement de l'avortement criminel, mais qu'il n'était pas impossible qu'elle pût être employée.

Dès lors, la question avortement prit la première place, la déposition à décharge de l'ami avait été le pavé de l'ours.

Une question au sujet de laquelle le médecin-expert peut avoir quelques ennuis, est celle des pièces à conviction. Rarement l'avis du médecin légiste est demandé sur le choix qui doit en être fait, mais dans ce cas il devrait conseiller de ne présenter au jury que les pièces strictement nécessaires. Les vêtements, les armes. les pièces anatomiques entassés sur la table destinée à les recevoir n'a rien de bien ragoutant et c'est toujours l'expert qu'on en accusera, la défense prétendra que tout cet étalage n'a été fait que dans le but d'impressionner défavorablement le jury.

Enfin, parmi les pièces à conviction, il y a souvent des photographies dont on fait passer des épreuves aux membres du jury ; c'est là une pratique excellente, car une photographie est un témoin irrécusable, *ne varietur*. Il n'en est pas de même de la reproduction de diverses lésions par la peinture ou l'aquarelle. Dans ce cas, l'artiste peint bien ce qu'il voit, mais le dessin ne saurait avoir la valeur brutale, mais irréfutable, de la photographie.

Sauf cas exceptionnels, le médecin expert doit parler sans se servir de notes, c'est dire qu'il doit être en pleine possession de son sujet.

Ainsi que nous l'avons dit, il ne doit, même aux attaques soit de l'avocat de l'inculpé, soit d'un témoin quelconque, qui vient contredire les conclusions de son rapport, se laisser entraîner à prononcer des paroles aigres-douces ou à faire montre de mauvaise humeur ; il doit conserver son sang-froid et toujours répondre en termes pleins de mesure.

Enfin, le médecin légiste doit se pénétrer que, bien qu'auxiliaire de la justice à laquelle il apporte l'appoint de son autorité scientifique, par aucun mot de sa d position, pas aucun geste ou aucune intonation il ne doit faire pressentir aux jurés ou aux magistrats, quelle est sa pensée intime sur la culpabilité ou l'innocence de l'accusé. Il ne doit pas être plus l'auxiliaire du ministère public que de la défense. — P. R.

VARIÉTÉS

La gloire des rebouteurs

Au fond du département du Jura, dans une vallée resserrée où la rivière aux eaux vertes court entre les pentes toutes proches d'une double rangée de montagnes,

Digitized by Google

— des pentes abruptes et boisées dont le faîte se couronne d'une bande verticale de roches grises, — est blotti, au milieu des vergers, un petit village qu'on nomme Vaux-les-Saint-Claude. C'est là que sur la place publique s'érige un buste en bronze entouré d'une grille. Les cartes postales qui reproduisent le monument disent : *buste de Clerc, célèbre rebouteur*. Une face glabre, à traits taillés à larges coups de serpe, des sourcils têtus, un œil grave, l'œil du paysan qui vous renseigne sur ses récoltes : voilà ce qu'annonce cette tête où l'absence de culture s'allie à la rudesse du villageois. Et c'était un paysan, en effet, de l'endroit, ce père Clerc, chez qui de son vivant affluaient les bonnes gens du pays, boiteux, écloppés, blessés des membres, traînés, quand ils étaient trop malades, sur des chariots à bœuf où ils reposaient de leur long, le corps étendu sur un matelas. Sans doute l'habileté du brave homme n'était pas merveilleuse : des fractures simples, des luxations de l'épaule, des entorses, composaient la majeure partie de ses succès; dès que le cas devenait plus ardu, les miracles cessaient de se produire. Les luxations de la hanche, de réduction plus malaisée, couraient grand risque de ne pas guérir et des malheureux qui en étaient atteints, pour être allés consulter le célèbre rebouteur, circulent encore aujourd'hui dans le pays, claudicants que c'en est lamentable. Les accidents fréquents n'arrêtaient pas la vogue ; jusqu'à sa fin, le père Clerc fut le grand guérisseur des foulures et des os écaillés. La science il ne l'avait pas apprise à l'école. Il l'avait dans le sang. Et la mort du père Clerc fut un deuil public.

Par toute la région des praticiens instruits et dévoués ont consacré leur vie au soulagement des malheureux ; les jours ils couraient les grandes routes, la nuit ils n'avaient pas de sommeil. Plus d'une fois, le soir, on les voyait gravir, une lanterne à la main, un sentier de la montagne. Au loin, dans une ferme écartée, une douleur attendait. Et le médecin se rendait à son appel. De tous ces confrères, pas un n'a recueilli un hommage de la reconnaissance publique ; leurs tombes sont abandonnées au cimetière, leurs noms sont perdus dans la mémoire de ceux qu'ils secoururent. Combien mieux partagé le rebouteur : Il a son monument et chacun le salue au passage. Parce qu'il ne savait pas grand'chose et que sa science non diplômée n'offusquait pas l'amour propre de ses concitoyens, il put violer toute sa vie impunément la loi sur l'exercice de la médecine. Nul ne s'émut; au contraire. On savait gré au père Clerc de son audace et de son dédain pour les articles du Code. Quand il mourut, la population se cotisa dans un élan unanime d'effusion et de reconnaissance, en vue de perpétuer par une image de bronze la mémoire de celui que l'inscription commémorative gravée au bas du monument appelle « l'Homme de bien ». Jamais un médecin de campagne ne sera promu à pareille gloire.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

Les nouveaux Bains d'Evian

Voici enfin comblé le vœu de tous nos grands médecins qui se désolaient de ne pas trouver en France un établissement où l'on pût appliquer le traitement hydrothérapique avec tous les perfectionnements modernes qu'il comporte.

La Société des Eaux de la *Source Cachat* vient de doter Evian d'un établissement qui, par son architecture élégante, son luxe sobre et son grand confort ainsi que par le nombre, la variété et le perfectionnement de ses divers services place désormais la station au premier rang des villes d'eaux. Commencé en 1900, il a été ouvert au public le 15 juillet dernier, en pleine saison.

On y trouve réunies, dans un même palais indépendant, toutes les applications à la thérapeutique et à l'hygiène des différentes formes de l'énergie : *chaleur, électricité, lumière, mouvement*. Appareils de sudation système Berthe, salles de massage sous l'eau, bains hydro-électriques, de lumière électrique à incandescence, massage français et suédois, mécanothérapie, gymnastique suédoise, bains de luxe et ordinaires, etc., etc., nous n'en finirions pas à entrer dans tous les détails.

L'établissement est placé sous la direction scientifique de M. le docteur Jalaguier, ancien interne des hôpitaux de Paris ; les services suédois ont été confiés à M. le professeur Berg.

Les nouveaux bains d'Evian sont aménagés et organisés pour pouvoir suffire à plus de 1200 traitements — bains ou douches, dans une journée.

On voit, par ce rapide exposé, que la Société des Eaux a fait les choses de façon grande et magnifique.

Prime à nos Abonnés. — *Contre remise de 0 fr. 60 en mandat ou timbres-poste (pour frais d'envoi), chaque abonné reçoit le volume de* ***Mementos Thérapeutiques*** *de 1902.*

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpine naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Necker. — M. Henri Huchard

Traitement de l'endocardite infectieuse simple, rhumatismale

Le traitement des endocardites aiguës et subaiguës s'inspire des principes de pathogénie et de physiologie pathologique que nous avons longuement étudiés. La thérapeutique ne doit plus être comme une sorte d'énumération de nombreux et inutiles médicaments (quand ils ne sont pas nuisibles); elle doit procéder de la physiologie de la maladie, du malade, du remède. Aussi ne doit-on pas hésiter, comme nous en donnons l'exemple, à rejeter certaines médications surannées qu'un long passé protégeait encore, mais contre lesquelles protestent nos connaissances nouvelles sur les maladies infectieuses.

Nous sommes presque désarmés contre les endocardites malignes. Mais, si l'endocardite rhumatismale n'a pas encore son remède directement curateur, elle a trouvé dans le salicylate de soude son médicament prophylactique. Inutile de répéter ce qui a été dit au sujet du traitement de la péricardite rhumatismale. Les doses, le mode d'administration, l'obligation de continuer l'administration du salicylate sont les mêmes pour l'inflammation des deux séreuses. Le traitement doit être précoce, c'est-à-dire qu'il doit être appliqué dès le début du rhumatisme, surtout chez les enfants pour des raisons connues; il doit être tout d'abord intensif, c'est à-dire qu'il faut d'emblée employer les doses fortes et nécessaires; il doit être continué pendant 8 ou 15 jours encore, toutefois à moindre dose, après la disparition des fluxions articulaires, dans le but de prévenir leurs soudains retours et l'apparition de l'endocardite post-arthropathique. Sans action directe sur l'inflammation de l'endocarde, le salicylate exerce une influence préventive des plus manifestes sur son développement. C'est une vérité dont il faut bien se convaincre, quoiqu'elle ait été contestée par quelques écrivains.

D'autres moyens thérapeutiques sont encore préconisés, et quoiqu'ils aient perdu beaucoup de leur importance, nous devons les passer en revue, ne serait ce que pour les déconseiller.

Médications ou médicaments inutiles et nuisibles. — On parle toujours de la *médication alcaline* dans le traitement, non seulement du rhumatisme articulaire aigu, mais aussi dans celui de l'endocardite rhumatismale. Il y a 40 ans, Jaccoud revenait encore avec insistance sur les bons effets des alcalins administrés à haute dose : « Cette médication me semble remplir toutes les indications propres à l'endocardite rhumatismale; non seulement elle amène une prompte détente dans le mouvement fébrile et une sédation salutaire des phénomènes douloureux, mais elle prévient dans une certaine mesure les lésions ultérieures des valvules en empêchant autant que possible la formation des dépôts plastiques dont elle peut même, dans certains cas, favoriser la résorption ainsi que celle des exsudats interstitiels. » L'auteur (et Gerhardt avec lui) s'appuie sur les propriétés « antiplastiques » des alcalins qui en favorisant la fluidité du sang peuvent encore s'opposer à la formation des coagulations intra-cardiaques (1). Ce sont là des affirmations sans preuve ou tout au moins exagérées, et si le praticien comptait trop sur ces merveilleux résultats de la médication alcaline intensive, il pourrait commettre la faute très grave de la préférer à la médication salicylée dont les remarquables effets sont démontrés à la fois par la physiologie et la clinique. Certes, pour modérer l'enthousiasme en faveur de l'administration des alcalins à haute dose, nous n'usons pas de l'argument de l'anémie alcaline que Trousseau avait singulièrement exagérée et qui est encore à prouver, mais nous sommes en droit d'affirmer que cette médication, si elle n'est pas dangereuse, est devenue moins utile, et qu'en tous cas, elle est incapable de prévenir et même de guérir des endocardites aiguës ou chroniques.

Sauf chez les sujets faibles et débilités, en particulier chez les femmes et chez les enfants, la médication par le *tartre stibié* est encore recommandée par Jaccoud dans le but de modérer le travail inflammatoire. Il administre 40 centigrammes d'émétique dans une potion gommeuse qui est prise toutes les heures par cuillerées à bouche; après quelques cuillerées, des selles et des vomissements copieux surviennent et se répètent avec une fréquence variable; on poursuit néanmoins l'administration du remède qui finit par être mieux toléré. Le lendemain, le malade se repose, on lui fait prendre de l'eau vineuse, un peu de vin de Bordeaux, du bouillon, et le jour suivant, on redonne une dose égale ou moindre de tartre stibié, suivant l'effet obtenu. Les résultats de cette médication seraient les suivants : dans les cas légers, dès le second jour, diminution et même disparition des phénomènes stéthoscopiques; dans les cas plus sérieux, rétrocession des accidents après la seconde ou troisième potion, à ce point que l'auteur a été souvent « surpris de la rapidité de ses remarquables et heureux résultats. » C'est là une illusion thérapeutique, commune à tous ceux qui font dépendre le début d'une endocardite, de l'apparition

(1) Jaccoud. *Gaz. hebd.*, 1862. *Nouveau dict. de méd. et chirurgie pratiques*, 1870.

Digitized by Google

d'un souffle valvulaire, et qui ne s'aperçoivent pas que celui-ci a une tendance naturelle à s'atténuer par l'affaiblissement cardiaque que produit la médication stibiée. Nous en voyons bien les inconvénients, mais pas les avantages, comme il a été dit pour le traitement de la péricardite aiguë, et il s'agit ici non seulement d'une médication inutile, mais le plus ordinairement nuisible.

Toujours pour « modérer la plasticité du sang », quelques médecins, surtout en Angleterre (Hope, Graves, Stokes) avaient eu l'idée d'employer les *mercuriaux* d'une façon continue et à petite dose (2 à 5 centigrammes de calomel 3 ou 4 fois par jour), et autrefois Kreysig les associait au kermès, à la magnésie et au nitrate de potasse. Nous avons déjà dit, au sujet de la péricardite, ce que nous pensions de cette médication antiphlogistique devenue maintenant inutile et qui peut être nuisible. Les applications d'onguent mercuriel sur la paroi précordiale ne sont pas davantage à recommander.

En 1774, Richard Mead s'exprimait ainsi : « Dans les maladies du cœur il ne faut pas craindre de tirer du sang; parce que le cœur n'ayant pas assez de force pour pousser le sang, en acquerra davantage lorsque le poids du liquide sera diminué. (1) » De son côté, Bouillaud qui a tant abusé des *saignées* coup sur coup, a écrit que « par les émissions sanguines on enlève au cœur une portion de son stimulus naturel et de l'aliment indispensable à sa nutrition ». Pour lui, l'endocardite réclame plus impérieusement encore le « prompt et puissant secours de cette nouvelle formule des émissions sanguines dont 8 années de la plus laborieuse et la plus consciencieuse expérience attestent le succès vraiment surprenant. » Encore une illusion thérapeutique qui aura même trop longtemps vécu! Du reste, toutes les fois que l'on voudra ériger la saignée en médication systématique d'une maladie, on arrivera aux mêmes erreurs. La saignée est une médication d'urgence, elle est le médicament d'un symptôme, d'un syndrome, d'un accident; elle peut être indiquée, quoique très exceptionnellement, dans le rhumatisme pour combattre chez les individus forts et pléthoriques une fièvre et une dyspnée très intenses, mais elle n'a aucune action sur le processus inflammatoire du péricarde, de l'endocarde ou du myocarde, aucune action encore sur l'élément microbien. Contre certaines complications (congestion pulmonaire suraiguë, congestion pulmonaire simple, œdème suraigu du poumon, dilatation aiguë du cœur par hypertension artérielle, thrombose cardiaque) elle conjure un péril menaçant, mais elle obéit alors à une indication thérapeutique nettement déterminée.

Les *émissions sanguines locales*, les ventouses scarifiées sur la paroi précordiale, n'exposent pas aux mêmes inconvénients que les saignées générales, et si leur influence antiphlogistique est des plus contestables, elles peuvent encore contribuer à calmer certaines douleurs provoquées par la complication d'une péricardite ou d'une pleurésie, et même à atténuer l'éréthisme cardiaque.

Si les *applications locales du froid et de la glace* sur la paroi précordiale peuvent produire parfois de bons effets dans certaines péricardites, il ne faut les employer qu'avec la plus grande réserve dans l'endocardite où l'éréthisme cardiaque est mieux combattu par d'autres moyens.

Avec les *vésicatoires* nous tombons dans la contradiction thérapeutique. Richard Mead les conseillait pour exciter le cœur et le « réveiller par leur action stimulante ». D'autres auteurs les recommandent pour calmer le cœur, et Bouillaud les pansait avec 20, 30 et même 40 centigrammes de poudre de digitale pour ralentir le cœur et lui donner tout le repos « compatible avec l'exercice des fonctions essentiellement vitales. » Herbert Davies traitait le rhumatisme par l'application de vésicatoires sur toutes les articulations malades, pensant produire ainsi un effet dérivatif au profit des complications endocardiques (1). Richard Caton qui a voulu élever au rang de médication prophylactique de l'endocardite rhumatismale son traitement par le repos, la chaleur, l'iodure de potassium et les vésicatoires, applique ceux-ci, larges comme un shilling, les uns après les autres, sur tous les espaces intercostaux depuis le 3e jusqu'au 6e, et alors sous l'influence de cette médication, le souffle endocardique s'atténue, disparaît complètement, et « le malade sort de l'hôpital avec un cœur sain » ! Puis, plus récemment, on vante toujours les révulsifs locaux, (sans prononcer le nom de vésicatoire) lesquels, « s'ils n'ont pas une action directe sur l'élément microbien pathogène, peuvent du moins modifier efficacement les phénomènes inflammatoires réactionnels et la qualité du terrain sur lequel évolue la colonie bactérienne; » et A. Petit ajoute qu'il donne cette affirmation, « en dépit des assertions d'un certain nombre d'auteurs contemporains. » Je suis de ceux qui ont protesté et qui protestent encore contre l'abus du vésicatoire dans les maladies infectieuses, et cela en m'appuyant sur les enseignements de la physiologie et de la clinique. On ne saurait trop dénoncer cette médication comme inutile le plus souvent, comme

(1) Richard Mead. Recueil des œuvres physiques et médicinales. *Trad. française*, 1774.

(1) H. Davies. Lectures on the physical diagnosis of the diseases of the lungs and heart. London, 1835 et 1854. — R. Caton. *Edinb. med. Journ.*, 1899.

Digitized by Google

nuisible dans toutes les maladies infectieuses aiguës; elle est, en tout cas, irrationnelle et dangereuse dans les endocardites infectantes, et c'est dans celles-ci surtout que la principale indication des vésicatoires est de ne pas être indiqués. Cependant, chez les enfants, comme les badigeonnages de teinture d'iode sur la région précordiale constituent un moyen un peu illusoires et que les pointes de feu sont difficilement acceptées, Weill réduit l'application de l'emplâtre vésicant à une durée de 4 à 8 heures, suivant l'âge. Nous n'y voyons pas grand inconvénient à la condition que la plaie soit pansée très aseptiquement et qu'il ne s'agisse pas d'une endocardite maligne.

Pour « calmer l'éréthisme nerveux », on parle encore de *bromure de potassium*, de sodium ou d'ammonium (le tribromure), on parle d'*opium*, de *belladone*, d'*aconit*, de *valériane*, etc. Pour relever les forces, on vante l'*alcool*, la potion de Todd, le *quinquina*, les *préparations ferrugineuses* ou *arsénicales* (comme si ces dernières avaient le temps d'agir). Puis, apparaissent les antithermiques pour modérer l'état fébrile, l'*antipyrine*, la *phénacétine*, etc. Ne confondons pas agitation thérapeutique et action thérapeutique. Pour celle-là, des drogues, encore des drogues; pour celle-ci, suffisent l'hygiène et trois médicaments principaux qu'il faut savoir appliquer à leur heure : le salicylate de soude, la digitale, l'iodure.

Les succès annoncés par Gerhardt au moyen d'inhalations de *carbonate de soude* au 1/50 pratiquées deux à quatre fois par jour pendant un quart d'heure, n'ont pas été confirmés (1). Il en est de même du *chlorhydrate d'ammoniaque* vanté par Richardson et quelques médecins.

Médication rationnelle et utile. — *a.* Tout d'abord, le *salicylate de soude*, dont nous avons déjà parlé, doit être prescrit à haute dose, dès le début du rhumatisme le plus discret surtout chez les enfants, d'une façon continue, même après la disparition complète des fluxions articulaires; non pas que nous pensions avec quelques auteurs que cette médication possède une action directe sur le processus inflammatoire de l'endocardite; il ne la guérit pas, il fait mieux puisqu'il la prévient. L'inflammation endocardique, ne l'oublions pas, est un phénomène réactionnel, secondaire à l'envahissement microbien de la valvule, et il faut nous rappeler à ce sujet les constatations de Haushalter qui a vu une colonie de pneumocoques au sein d'une valvule sans aucune réaction phlegmasique, les constatations d'Achalme qui a vu les micro-organismes constituer la phase initiale des altérations anatomiques de l'appareil valvulaire. Quoi qu'on ait dit, le salicylate de soude est un spécifique anti-rhumatismal, il jouit d'une action microbicide sur les micro-organismes du rhumatisme, et cette action explique ses bons effets lorsqu'on l'emploie d'une façon précoce et intensive. Il *guérit* l'endocardite rhumatismale dans sa première phase microbienne, d'autant plus importante à connaître anatomiquement, qu'elle est absolument silencieuse dans son expression symptomatique et ne se révèle cliniquement alors par aucun signe stéthoscopique; il *ne la guérit plus* dans sa seconde phase inflammatoire caractérisée par les modifications de timbre des bruits du cœur, puis par un souffle valvulaire. Tel est le seul médicament utile et précieux contre l'endocardite rhumatismale, surtout à la période pré-inflammatoire. Mais, bien administré et suivant des règles précises que nous avons développées au sujet de la péricardite rhumatismale, il accomplit d'une façon presque certaine son œuvre curative, et l'on voit ainsi que la thérapeutique devient riche avec un seul médicament. Sans doute, il n'y a pas que des succès; mais ils sont nombreux, et cela suffit pour le moment.

En étudiant les endocardites dans leurs rapports avec les diverses maladies, nous avons vu quelques-unes de celles-ci (scarlatine, érysipèle, parfois rougeole) devenir le point de départ ou la cause d'appel d'un véritable rhumatisme articulaire aigu, et il en résulte que l'endocardite consécutive étant de nature rhumatismale doit être combattue avec succès par le salicylate de soude. On ne manquera pas d'y avoir toujours recours, quoique les avis soient encore partagés à ce sujet. Ainsi, l'érysipèle détermine deux sortes d'arthropathies : les unes graves et suppurées, produites par le streptocoque et rebelles au salicylate de soude; les autres, beaucoup moins graves, survenant dans la convalescence de la maladie ayant les allures de la polyarthrite rhumatismale, avec des complications possibles à l'endocarde et au péricarde, sont favorablement influencées par la médication salicylée d'après Richardière. Mais, d'après Le Gendre et Baussenat, ce réveil de l'affection rhumatismale par un érysipèle serait plutôt l'exception, si l'on en juge par dix observations où cette dernière maladie a pu évoluer chez les rhumatisants sans produire aucune manifestation nouvelle du côté des articulations (1).

Après l'*endocardie* bactérienne, s'est constituée l'*endocardite* qui mérite bien son nom, puisqu'elle est de nature inflammatoire. De deux choses l'une :

(1) Gerhardt. Zur behandlung linkseitiger klappenkrankeiten des Herzens (*Deutsch. Klic. Arch.*, 1868).

(1) Richardière. Arthrites rhumatismales dans l'érysipèle. — Le Gendre et Baussenat. Erysipèle et arthropathies (*Soc. méd. des hôp.*, 1893).

Digitized by Google

ou elle se terminera d'elle-même par résolution comme cela survient le plus souvent dans les endocardites exsudatives et peu proliférative des diverses pyrexies et même du rhumatisme; ou elle poursuivra lentement, progressivement son œuvre pour pour constituer plus tard une lésion orificielle avec toutes ses conséquences. Tout d'abord, il ne faut pas abandonner, nous le répétons, l'emploi du salicylate de soude à doses modérées (3 à 5 grammes), même après la disparition des fluxions articulaires; il importe de le continuer pendant au moins 10 ou 15 jours, pour le prescrire à nouveau à la moindre apparition d'une manifestation rhumatismale; et pendant des semaines et des mois encore, surtout dans le jeune âge, il faudra de temps en temps ausculter les malades pour dépister la moindre modification de timbre du bruit valvulaire, et prescrire de nouveau encore, s'il y a lieu, le salicylate pendant quelques jours. Car, il ne faut oublier que les *endocardites post-arthropathiques* sont plus fréquentes qu'on ne le pense, et qu'elles sont dangereuses, parce que méconnues.

b. Cette endocardite est bien constituée; nous sommes en présence d'une lésion orificielle à son début. A cette période, pendant 5 mois et même pendant 2 ans surtout chez les enfants, comme on en a cité des exemples très probants, elle peut encore guérir spontanément. Cette guérison spontanée est un enseignement; elle montre au praticien qu'il peut et qu'il doit agir. Il agit par deux médications : l'*iodure* et les *eaux minérales*. L'*iodure de potassium* est alors préférable à l'iodure de sodium, en raison de son activité plus rapide et plus grande, et parce qu'il ne faut pas perdre de temps; les doses de 30 centigrammes à 1 gramme par jour (suivant l'âge) sont suffisantes. On a beaucoup abusé, on abuse encore de cette médication, et nous tenons d'autant plus à le proclamer, que nous l'avons beaucoup recommandée dans des conditions bien définies; on lui a attribué des guérisons qui n'ont existé souvent que dans l'imagination des médecins. Cependant, il ne faudrait point passer d'un excès à un autre et se priver d'un médicament dont l'action hypotensive sur la tension artérielle, pressentie en 1876 par Bogolopoff (1) et Sokolowski, a été nettement établie par nos expériences il y a 15 ans, puis confirmée par de nouvelles recherches de Prévost et Binet (de Genève), tout dernièrement encore par Joldbauer qui est arrivé à reproduire la plupart de nos conclusions. Sans doute, cette action hypotensive est moindre qu'avec les nitrites, mais elle est plus persistante, et elle contribue ainsi par la dilatation des vaisseaux périphériques à favoriser et à faciliter le travail du cœur. D'autre part, en raison de l'action réelle des iodures sur certains exsudats inflammatoires subaigus ou chroniques, on commettrait une grave faute en y renonçant, et à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu ayant laissé après lui une valvulite dont l'essence même est la tendance à l'état chronique, il est de règle qu'on doit continuer le médicament pendant 1 ou 2 ans, limite extrême de la guérison spontanée, c'est-à-dire possible, de l'endocardite rhumatismale.

c. Il faut accorder une grande confiance aux *eaux minérales*, et j'insiste d'autant plus qu'on y envoie les malades beaucoup trop tard, alors qu'ils ne peuvent plus retirer tous les bénéfices de la médication, ou trop tôt, ce qui peut causer des accidents. En France, nous avons beaucoup d'eaux minérales qui exercent les meilleurs effets par leur thermalité (*Aix-les-Bains*, *Néris*, etc.), par leur action sédative obtenue à l'aide des bains carbo-gazeux existant dans cinq stations principales (*Châteauneuf*, *Royat*, *Saint-Alban*, *Saint-Nectaire*, *Salins de Moutiers*), que l'on peut utiliser en s'abstenant de certain enthousiasme peut-être extra scientifique de quelques médecins.

De toutes les cures hydro minérales, ce sont celles de *Bourbon-Lancy* (1) qui, par la constitution chimique et la haute thermalité de leurs eaux, par un aménagement spécial, doivent être recommandées. Elles possèdent une action anti-rhumatismale des mieux établies, et par là elles préviennent les retours de l'endocardite rhumatismale à sa période bactérienne, et elles sont capables de faire rétrocéder des lésions endocardiques à la condition qu'elles soient de date récente. La cure hydro-minérale est très utile après une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui n'a même pas été compliquée d'endocardite, et cela dans le but de prévenir de nouvelles attaques; elle devient indispensable chez les enfants comme chez les adultes, dans les cas d'endocardite récente, mais à la condition d'attendre la disparition des phénomènes aigus et de ne pas commencer d'ordinaire

(1) Bogolopoff. Travaux de pharmacologie du laboratoire de Moscou 1876. Huchard et Eloy. Expériences au collège de France, Paris, 1877. Prévost et Binet. Revue de la Suisse romande. *Loc. cit.* Joldbauer. *Münch. med. Woch.*, 1882. L'action hypotensive des iodures n'est pas d'ordinaire très accusée, ce qui a pu faire dire dernièrement à Stockman et Charteris (*Brit. med. Journ.*, 1901, que les iodures à doses thérapeutiques ne modifient pas l'état physique de la circulation et qu'ils ne dilatent pas les artérioles. Il est vrai que ces auteurs ont une tendance à croire qu'ils agissent en modifiant les sécrétions de la glande thyroïde qui contient des substances iodées.

(1) H. Huchard. Les cardiaques aux eaux minérales. *Journal des Praticiens*, 1897, 1898 et 1902. Piatot : Traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques. *Thèse in. de Paris*, 1898. Bergouignan. Traitement rénal des cardiopathies artérielles. *Thèse de Paris*, 1902.

Digitized by Google

ce traitement avant le deuxième ou troisième mois qui a suivi l'apparition du rhumatisme, sauf quelques exceptions qui seront bientôt mentionnées.

Une des indications les plus précises du traitement hydro-minéral des cardiaques est l'endocardite récente surtout chez les enfants. Dans la convalescence du rhumatisme compliqué d'endocardite, les malades sont anémiques, leurs muscles sont en partie atrophiés, ils ont de l'essoufflement facile, quelle que soit la localisation de l'endocardite ; le cœur et le pouls sont d'une instabilité extrême, les battements sont fréquents et mal frappés. Le traitement hydro-minéral à Bourbon-Lancy donne dans ces cas son maximum de résultat, comme Piatot, mon ancien interne, l'a démontré par une expérience déjà longue. Il convient d'adresser les malades trois mois environ après la cessation de la crise aiguë de l'endocardite, même si les articulations restent encore douloureuses. Si la crise de rhumatisme éclate en juillet et août par exemple, on est même autorisé à conseiller la cure thermale en septembre ; car souvent la crise rhumatismale n'est pas isolée et risque de compromettre à nouveau par son retour en hiver l'état du cœur. Dans ces cas, le traitement hydro-minéral seul est sans aucune adjuvance thérapeutique, a de l'importance par les bains, les « douches sous-marines » et les boissons. Le massage est contre-indiqué à cette période, parce qu'il est capable de réveiller les douleurs articulaires. Le but de ce traitement est de prémunir les enfants contre une attaque possible de rhumatisme articulaire, cause d'une aggravation de la lésion cardiaque. En réalité, il donne plus : il remonte l'état général, permet le retour à l'intégrité des muscles atrophiés, tonifie le myocarde comme les autres muscles. Le point le plus frappant à la suite d'une cure thermale est le suivant ; la tachycardie diminue dans des proportions notables, le pouls est moins instable et le bruit de souffle se précise davantage ; car nous sommes loin du temps où l'on voyait dans la disparition ou l'atténuation du souffle la guérison ou l'amélioration d'un endocardite confirmée. Les cas les moins favorables sont ceux dans lesquels il y a à la fois lésion de l'endocarde et du péricarde. Très souvent, l'insuffisance aortique des jeunes sujets surtout dans la convalescence d'une crise rhumatismale, s'accompagne de tachycardie paroxystique. Dans presque tous les cas, le traitement hydro-minéral fait disparaître ces troubles d'innervation cardiaque surajoutés à la lésion. Le traitement hydro-minéral des cardiopathies valvulaires augmente la période de tolérance de la lésion et retarde ainsi l'emploi des médicaments cardiotoniques.

Tels sont les résultats remarquables obtenus par Piatot à Bourbon-Lancy, depuis plusieurs années, sur plus de 500 malades observés par lui dans le traitement de l'endocardite récente. C'est parce que j'ai pu toujours les confirmer, que j'insiste particulièrement sur les bienfaits de la cure hydro-minérale qui a été trop délaissée et qui n'est pas encore suffisamment connue au point de vue de ses indications précises.

d. Pendant toute la durée du rhumatisme et de l'endocardite, l'*hygiène* et la *diététique* ont une grande importance. Les malades doivent être soumis au repos, à une alimentation légère : potages maigres, lait, pas de viande. Il faut favoriser la liberté du ventre par des laxatifs légers et notamment par le mélange de magnésie lourde et de lactose à parties égales (une cuillerée à café, à dessert ou à soupe).

Sans accepter toutes les conclusions de Bruce (1) qui attribue surtout chez les jeunes sujets les rechutes du rhumatisme et les poussées nouvelles d'endocardite à quelques fatigues musculaires, à des émotions, à de simples contrariétés, il importe d'assurer le repos du cœur en éloignant de lui toutes les causes d'excitation morale ou physique.

Plus tard, on insistera sur l'*hygiène* des rhumatisants : éviter l'humidité, l'habitation à un rez-de-chaussée, dans une chambre située au nord, les brusques transitions du froid et du chaud, les traumatismes, les fatigues, les exercices violents ; insister sur une alimentation lacto-végétarienne avec viandes bien cuites, non faisandées et toujours en petite quantité ; entretenir et exciter les fonctions de la peau ; user de la bicyclette avec modération. Enfin, chez les enfants et les jeunes sujets, il importe de porter son attention sur les moindres douleurs afin de pouvoir instituer le plus tôt possible la médication salicylée.

e. Contre les symptômes d'éréthisme cardiaque, la *digitale* est indiquée à dose sédative, c'est-à-dire par petites quantités à la fois et pendant plusieurs jours : par exemple dix gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, tous les jours pendant quatre ou cinq jours, et 3 à 5 gouttes par jour, suivant l'âge, chez les enfants et les jeunes sujets. La digitaline possède toujours la même action, et c'est pour cette raison qu'elle est préférable aux autres préparations de digitale (teinture à la dose de 20 à 40 gouttes ; infusions ou macération de feuilles de digitale à la dose de 10 à 30 centigrammes). Nous employons à dessein toujours des doses faibles et continuées pendant plusieurs jours, parce qu'elles exercent ainsi une réelle action sédative sur le cœur.

Dans ce but on ne saurait trop recommander l'association de la digitale et du *bromhydrate de quinine* (2 à 3 pilules par jour pendant trois ou quatre jours,

(1) *Brit. méd. Journ.*, 1890.

Digitized by Google

de 5 centigrammes de poudre de digitale et de 15 centigrammes de bromhydrate de quinine). Les autres médicaments cardiaques (convallaria maialis, spartéine, strophantus, etc.), sont d'ordinaire insuffisants.

f. Le traitement des complications (dilatation aiguë du cœur, myocardite, thrombose cardiaque, congestion pulmonaire et œdème pulmonaire sur aigus, endocardite maligne et ulcéreuse par infection secondaire), sera ou a été déjà exposé dans l'étude même de ces accidents divers.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que les symptômes d'affaiblissement cardiaque que l'on voit quelquefois survenir par le fait d'une myocardite, d'une dilatation aiguë du cœur par intoxication toximicrobienne, d'un œdème aigu du poumon, doivent être combattus dans leurs causes. On abuse peut-être dans ces cas, et d'une façon banale, de l'administration du vin et des alcools tant recommandés autrefois par Stokes, dans le but de relever l'énergie contractile du cœur. D'autre part, si les injections d'éther et d'huile camphrée paraissent bien indiquées dans ces cas, on commet une faute et l'on perd un temps précieux en regardant l'insuffisance cardiaque aiguë comme une cause, alors qu'elle n'est qu'un effet. Le cœur devient subitement insuffisant à la tâche parce qu'il trouve devant lui des obstacles périphériques insurmontables (œdème aigu du poumon, dilatation suraiguë du cœur et thrombose cardiaque par hypertension artérielle), et c'est alors qu'une large *saignée*, répétée s'il a lieu, peut conjurer un péril imminent et rendre indirectement au myocarde sa force contractile, un moment défaillante. Imbus d'idées trop théoriques, ne remontant pas à la cause ni à la pathogénie de l'insuffisance du myocarde, quelques médecins s'empressent de pratiquer une ou plusieurs injections d'ergotine, parce qu'ils pensent s'adresser directement à l'élément musculaire et à l'organe en souffrance, sans se demander pourquoi ni comment il souffre ; la médication ici est antiphysiologique, elle va contre le but proposé, et je l'ai vue souvent alors augmenter les accidents.

En résumé, tout d'abord dégagée de ses complications, l'endocardite aiguë et surtout l'endocardite rhumatismale possède une médication très simple avec peu de médicaments. Autrefois Stokes disait qu'il fallait traiter la maladie cardiaque exactement comme on traiterait une affection articulaire. Depuis la découverte de l'action antirhumatismale du salicylate de soude, jamais cette proposition n'a été plus vraie. Mais, encore une fois, dès le début d'un rhumatisme articulaire aigu, alors que l'*endocardie* à sa première phase simplement microbienne reste absolument silencieuse dans son expression symptomatique et sans attendre l'apparition de l'*endocardite* inflammatoire, on doit agir promptement et énergiquement avec des doses variant de 6 à 8 grammes de salicylate pour l'adulte, de 3 à 5 grammes pour l'enfant. Sans doute, il y aura encore des insuccès ; mais j'ai la conviction absolue, parce qu'elle est basée sur l'expérience, qu'en soumettant dans toute leur rigueur les malades aux règles d'administration du médicament sur lesquelles nous avons insisté, on évitera le plus souvent le développement des endocardites rhumatismales et des lésions ultérieures des orifices valvulaires.

Quand l'endocardite est constituée et lorsqu'elle est récente, l'emploi des iodures et la cure hydrominérale trouvent leurs indications et peuvent encore favoriser une guérison définitive.

Après un an ou deux, l'endocardite chronique est un fait accompli et le traitement devient celui des cardiopathies valvulaires.

Dans le cours des endocardites aiguës comme de presque toutes les affections du cœur même chroniques, le régime alimentaire tient une grande place, et parmi les médicaments destinés à atténuer les troubles fonctionnels, la digitale, unie ou non à la quinine, est le médicament de choix.

Nous avons donc une médication de l'endocardite, avec peu de remèdes, ce qui est préférable aux nombreux remèdes prônés par les auteurs, sans médication ; et cependant celle-ci est tout entière dans la physiologie du médicament, de la maladie, du malade (1).

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Broca. — M. le Dr Brocq

Le diagnostic et la nature de l'eczéma

La vésicule eczémateuse qui fait la lésion initiale du mal peut prêter à confusion : plusieurs affections cutanées la simulent volontiers. Le praticien devra démêler celles qui s'en rapprochent et risquent d'égarer le diagnostic.

Il écartera d'abord les *éruptions vésiculeuses artificielles*. Ces dernières sont plus régulières, serrées, distinctes ; les commémoratifs lèveront les derniers doutes.

L'*impétigo* est souvent le prétexte d'une confusion ; l'école allemande ne le différencie du reste pas de l'eczéma. Unna fait de l'impétigo aigu une variété d'eczéma, l'eczéma aigu vésiculeux. On évitera cette erreur en se rappelant que la lésion de l'impétigo est une vésicule géante, celle-ci se trouble au bout

(1) Extrait du 1er fascicule du 3e volume : *Traité clinique des Maladies du cœur et de l'aorte*, sur le point de paraître.

Digitized by Google

de très peu de temps (1/2 heure) et se transforme en vésico-pustules qui se rompent et dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres. L'impétigo en outre est toujours une maladie microbienne ; ce n'est pas le cas pour l'eczéma.

L'ecthyma est plus aisé à distinguer ; c'est une dermatose pustuleuse d'emblée qui se développe surtout sur les membres et le tronc. Des croûtes jaunes, noirâtres font suite à la rupture de la pustule et au dessèchement du pus.

Les *folliculites* ont été aussi décrites sous le nom d'impétigo de Bockart. Ce sont des affections pustuleuses d'emblée qui occupent le cuir chevelu et la barbe.

La même confusion qui existe pour l'impétigo se répète pour *les lichens* ; les lichens des anciens auteurs sont incorporés par les Allemands dans le groupe des eczémas chroniques. Or la lichénification de la peau est un état consécutif aux lésions les plus dissemblables. Les dermatoses prurigineuses, les lésions de grattage lui donnent naissance et produisent cette teinte bistrée, cette exagération des plis cutanée, cette levée d'éléments papuleux qui caractérisent les lichens et qui ne sont qu'une lésion surajoutée banale.

Le *prurigo simplex* se rapproche parfois de certains eczémas vésiculo-papuleux disséminés ; mais dans cette dernière maladie on trouve toujours en certains points des placards d'eczéma typique avec vésicules agglomérées, ce qui n'advient pas dans le prurigo.

Le *prurigo de Hebra* au début est une sorte de prurigo papulo-vésiculeux urticarien. Puis apparaissent des vésicules d'eczéma, des plaques lichénifiées, tous éléments dont le polymorphisme met sur la voie.

Les *séborrhéides* comprennent un groupe complexe. On en peut distinguer plusieurs variétés : 1° la *séborrhéide circinée* du thorax se caractérise par des plaques circinées, rosées, squameuses, graisseuses, à centre affaissé, avec maximum de lésion à la périphérie. On ne trouve jamais de vésicules. La guérison s'effectue par des frictions au savon de soufre et de goudron. Cette séborrhéide atteint surtout la poitrine, le dos, le cuir chevelu ; 2° les *séborrhéides pityriasiques*. Elles consistent en taches jaune clair et ne contiennent jamais de vésicules. Des squames minces qui les recouvrent rappellent parfois de loin les lésions de psoriasis.

La *dyshidrose* est une dermatose vésiculeuse qui occupe la face interne des doigts chez certains arthritiques; ces vésicules ne laissent pas de sécrétion séreuse à la suite de leur rupture ; parfois de l'eczéma vrai vient compliquer cette lésion.

Quant à l'*herpès*, les groupes de vésicules sont moins larges et plus irréguliers, les éléments sont distincts, plus volumineux, plus profonds.

M. Brocq, toutes ces éliminations faites, dira seulement qu'il s'agit d'un eczéma ; mais ce diagnostic n'en sera pas un. L'eczéma n'est pas une maladie ; c'est un mode de réaction particulière de la peau, et ce sont les causes qui provoquent ces réactions cutanées qu'il importe de connaître.

Ces causes sont nombreuses ; les unes sont d'origine interne : les intoxications médicamenteuses, alimentaires, donnent naissance à de l'eczéma, non sur des sujets absolument sains, cela n'arrive jamais, mais sur les prédisposés; les diathèses (asthme, goutte et alternance des accès de goutte, et d'asthme avec les éruptions cutanées) produisent également de l'eczéma ; de même les influences nerveuses (chocs nerveux, préoccupations), héréditaires (arthritisme, eczéma chez les ascendants), toutes ces causes poussent à l'éclosion des troubles eczémateux. C'est sur l'ensemble de ces raisons que les cliniciens s'appuient pour rejeter la nature microbienne de l'eczéma.

Les défenseurs de cette origine microbienne revendiquent à leur tour un certain nombre d'arguments en faveur de leur cause. Ils disent : l'eczéma est inoculable, le grattage le produit ; soit, mais c'est sur les sujets déjà eczémateux, non sur des sujets sains. La contagion de l'eczéma n'existe pas ; l'eczéma vésiculeux aigu de Unna n'est que de l'impétigo, non de l'eczéma. Le germe que Unna a décrit dans l'eczéma n'appartient qu'à cette forme d'eczéma vésiculeux aigu et n'a rien de spécifique ; une vésicule d'eczéma non ouverte ne renferme pas de microbes ; elle ne s'infecte qu'après ouverture. Les partisans de la nature microbienne disent encore : l'eczéma se développe autour des fissures; pourquoi, si ce n'est à la faveur des pullulations microbiennes ? Certains eczémas sont très limités et évoluent périphériquement ; que signifie cette extension par voie périphérique, sinon la nature parasitaire de la lésion qui s'agrandit de la sorte? D'ailleurs le traitement local ne guérit-il pas les eczémas? Comment, si la maladie est de cause interne, un traitement externe est-il apte à la faire disparaître ? Toutes ces raisons n'entraînent pas la conviction. Si l'eczéma se développe au niveau des fissures, c'est moins par inoculation de voisinage que par mauvais état de la peau qui crée à cet endroit des lieux de moindre résistance ; la localisation de la lésion et son extension possible par voie périphérique n'impliquent nullement l'existence d'un agent microbien; certaines intoxications médicamenteuses, celles par l'antipyrine, par exemple, donnent lieu à des réactions cutanées tout aussi circonscrites et qui s'agrandissent de la même façon. Quant à l'action du traitement local, son efficacité

Digitized by Google

ne prouve rien en faveur de l'origine microbienne de l'affection. L'hygiène locale, le repos, l'usage d'un pansement propre guérissent tout aussi bien les éruptions de causes médicamenteuses internes (antipyrine). Si l'eczéma était d'ailleurs une lésion parasitaire, les parasiticides ne devraient-ils pas le guérir ? Employez-les ; ils produiront un eczéma généralisé.

Si l'eczéma n'est pas une lésion parasitaire, qu'est-il donc ? Une réaction particulière de la peau ; un malade réagira un jour dans le sens eczéma comme le lendemain il réagira dans le sens rhumatisme ou goutte. A cet égard les susceptibilités cutanées varient avec l'âge : tel qui pendant des années absorbait de l'antipyrine sans inconvénient ne pourra plus en user plus tard sans avoir à chaque essai une reprise d'une poussée éruptive ; tel autre pour avoir pris de l'iodure de potassium ne ressentira aucun trouble, alors que ses voisins qui auront absorbé la même dose du remède, feront l'un une lésion banale (urticaire), l'autre une lésion pathognomonique (iodobullisme végétant). Tout homme oriente ses expressions morbides de façon différente, au gré du tempérament et de l'âge. L'eczéma indique la phase où cette expression morbide se traduit du côté de la peau par une formation vésiculeuse.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

Les syndicats et les Sociétés de Secours mutuels.

Les Sociétés de Secours mutuels ont joui jusqu'aujourd'hui sur le corps médical d'une supériorité manifeste. Elles représentaient des intérêts groupés : à ces intérêts groupés, le médecin n'opposait qu'un intérêt individuel. En sorte que des rapports qui pouvaient mettre aux prises les uns et les autres, devait inéluctablement sortir la conséquence d'un écrasement pour le plus faible. La force de groupement se montrant plus puissante que la force de défense individuelle, celle-ci était vaincue d'avance. Les protestations restaient stériles ; les confrères n'avaient qu'à accepter tête basse et très docilement les conditions de contrat qui leur étaient imposées par les Sociétés despotiques et triomphantes. Comment n'eussent-ils pas consenti à traiter à forfait et pour une rétribution modique, quelques centaines de francs à peine — des agglomérations ouvrières de plusieurs milliers de membres ? Il ne leur était pas possible de refuser leur concours. Se fussent-ils dérobés, un autre tout de suite eût pris la place. Car la concurrence n'existe pas que dans le domaine industriel, elle sévit aussi dans le corps médical et d'une manière aussi âpre. On est un plus grand nombre à se partager le gâteau ; le morceau qui revient à chacun se trouve déjà réduit et au lieu de s'arranger de façon que le morceau ainsi réduit conserve sa saveur, on s'évertue à l'atteindre encore et à diminuer les qualités par quoi il se recommande. Les médecins sont plus nombreux et plus ils sont nombreux, plus ils baissent le chiffre de leurs honoraires. C'est le contraire qui devrait se produire ; moins de clients, un prix plus élevé aux visites, moins de gâteau, plus de substance nutritive condensée dans la part respective de chacun.

A Paris, un bon nombre de médecins l'entendent ainsi : certains confrères ont doublé depuis une quinzaine d'années le taux de leurs visites. Seulement ce qui est possible dans la grande ville ne l'est plus dans la petite. Les confrères sont trop voisins les uns des autres ; les froissements d'amour-propre les irritent, la jalousie les déchire, la haine les allume et les hérisse. Comment établir une entente entre eux ? C'est le rôle des Syndicats, en attendant qu'ils se résolvent tous en une Association centrale plus forte dont l'autorité s'impose sans discussion ; c'est le rôle des Syndicats d'élaguer ces épines et d'amortir ces chocs.

Le Syndicat du Rhône a fort bien compris sa mission. Fort de l'adhésion générale des médecins et certain que pas un ne s'isolerait du groupe afin de contracter un engagement individuel, le syndicat s'est abouché avec les représentants des sociétés de secours mutuels. Il propose la suppression du tarif à l'abonnement, son remplacement par le tarif à la visite, celle-ci ne pouvant être comptée à moins de 2 francs à domicile et de 2 fr. 50 en ville. Les chiffres sont raisonnables. Les sociétés ne pourront arguer de leur élévation. La plupart de ces sociétés sont riches ; elles sont mal venues d'invoquer la modicité de leurs ressources. C'est déjà beaucoup qu'on ne leur impose pas de tarif plus élevé. On en aurait le droit. Rien d'exigeant comme un sociétaire. Il est tout le temps pendu à votre sonnette. Et la nuit donc ? Pour un mal de dents, les voilà qui carillonnent comme s'ils avaient le feu aux entrailles. Pauvres diables de confrères ! Trop d'années ils ont subi la loi du plus fort. Contre des groupes compacts ils restaient des individus épars. Il est vraiment temps que la balance se rétablisse en leur faveur. La démarche du Syndicat du Rhône indique un plan de tactique concerté et ferme : aux groupes des sociétés, on opposera les groupes des médecins. Que l'initiative du Syndicat du Rhône se répande et c'en sera bientôt fait des situations précaires imposées à nos confrères des Sociétés.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Moyen de remédier à l'incompatibilité du borate de soude et du chlorhydrate de cocaïne. — Il arrive assez souvent que le praticien formule concurremment, comme collyre, un mélange de borate de soude et de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau distillée. Le mélange est incompatible et il se forme un précipité. Pour l'éviter, M. Demandre propose d'ajouter un peu de glycérine aux solutions. L'introduction de la glycérine dans l'œil pouvant produire une sensation désagréable, M. Bache remplace la glycérine par l'acide borique. Une petite pincée d'acide borique en poudre, et le précipité se dissout instantanément. (*Répert. de pharm.*, sept. 1902).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

La pleurésie séro-fibrineuse

En face de la pleurésie séro-fibrineuse, le praticien est souvent embarrassé. Que prescrire? Les médicaments réputés bons suivant les uns sont déclarés mauvais par les autres. Et pourtant il faut une ligne de conduite. Entre toutes celles que nous avons successivement essayées depuis vingt-trois ans, la suivante nous a paru donner les meilleurs résultats.

Le premier jour : ventouses scarifiées, cinq à six à la base du thorax et, dès le lendemain, un vésicatoire, celui-ci semblant réellement efficace tout au début du mal, par la vaso-dilatation capillaire considérable que suppose l'écoulement de lymphe, par la ventilation pulmonaire qu'il favorise (Albert Robin), et aussi peut-être par une modification encore inconnue qu'il apporte à la composition des plasmas internes. Dans l'intervalle des vésicatoires, on recommandera les badigeonnages de teinture d'iode sur le thorax.

Le malade sera soumis au régime lacté exclusif 8 à 15 jours de temps, et il gardera le lit tant qu'il restera des traces d'épanchement. Au bout de 8 à 15 jours, la fièvre étant tombée aux environs de 38°, on autorisera un à deux potages au lait parjour.

Le traitement médical peut être divisé en 3 périodes : la première d'un septénaire environ; la seconde de deux septénaires; la dernière plus longue.

1re *période* (8 jours). — On prescrira le *salicylate de soude* : un paquet de 1 gr. 50 matin et soir dans une infusion diurétique (reine des prés, queues de cerise, pariétaire); l'infusion sera absorbée par petites gorgées de façon à durer tout le jour. Le salicylate de soude exerce une action décongestive sur la plèvre, diminue la douleur, calme l'agitation, aide à la résorption du liquide.

2e *période* (15 jours). — C'est la période des potions diurétiques (8 à 15 jours) :

Oxymel scillitique.....	30	grammes
Teinture digitale	25	gouttes
Nitrate de potasse.....	2	grammes
Infusion de baies de genièvre.	150	—

Une cuillerée toutes les heures.

Ou bien :

Acétate de potasse.....	10	grammes
Oxymel scillitique.....	30	—
Ether nitrique alcoolisé	10	—
Sirop cinq racines.....	40	—
Infusion de pariétaire.....	100	—

Une cuillerée toutes les heures.

L'éther nitrique alcoolisé est un mélange d'éther nitrique uni à son volume d'alcool. C'est une préparation diurétique excellente et très utilisée en Angleterre, où on l'emploie jusqu'aux doses de 30 gr.

3e *période*. — Celle-ci commence vers le 20e jour. La pleurésie ouvrant souvent porte à la tuberculose, le praticien pour mettre l'organisme à même de résister, en même temps qu'il reviendra à un régime alimentaire plus substantiel, prescrira les arsenicaux :

Solution arrhénal 5 0/0.....	40	grammes

5 gouttes avant déjeuner et dîner dans un peu d'eau.

Ou :

Arséniate de soude.....	1	milligr.
Extrait de feuilles de noyer...	15	centigr.

Pour 1 pilule. F. pilules n° 100.. — 2 avant déjeuner et dîner.

Si l'épanchement résiste à la médication ainsi ordonnée ou qu'il occasionne des accidents en cours de maladie (forte déviation du cœur, dyspnée intense), alors se posera l'indication de la thoracentèse.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Les fractures du sinus frontal et leur traitement. — Les fractures des sinus frontaux, j'entends la fracture des parois antérieure et inférieure de ces cavités, sans que la paroi postérieure soit lésée, auquel cas on aurait affaire à une fracture ouverte du crâne, ces fractures des sinus frontaux ainsi comprises sont relativement rares.

On ne les observe qu'à l'âge adulte, les sinus frontaux n'existant pas chez les enfants âgés de moins de 5 ou 6 ans. Quand la lésion est produite, elle se traduit par un certain nombre de signes liés aux dispositions anatomiques des sinus et à l'existence du canal qui les met en communication avec les fosses nasales.

Il y a d'abord les dangers d'infection : la fibro-muqueuse sinusale est d'ordinaire rompue; il faut non seulement désinfecter la plaie cutanée, mais aussi la cavité sinusale, si l'on veut éviter les complications érysipélateuses et méningées fréquentes en pareil cas. D'autre part et tout risque d'infection étant évité, d'autres accidents sont à craindre. Il en est deux habituels : l'épistaxis et l'emphysème. L'épistaxis est abondante, en raison de la riche vascularisation du tissu spongieux qui se trouve dans la paroi frontale antérieure. Quant à l'emphysème, il reste d'ordinaire limité aux alentours de la fracture, quel-

Digitized by Google

ques bulles d'air se dégageant par la plaie, lorsque le blessé se mouche.

En outre, dans la fracture du sinus, il n'est pas toujours dit que la paroi crânienne est indemne; celle-ci peut fort bien être atteinte et ne pas se révéler par des signes immédiats. Les complications méningées avec délire, convulsions, contractures, coma, syncope, peuvent fort bien enlever le malade en quelques jours, alors qu'au début rien ne faisait prévoir leur éclosion. En dehors même de toute lésion de la paroi crânienne, les accidents se montrent parfois. On a cité (Schindler : *Arch. méd. et Ph. milit.*, 1892, p. 241, et Luc : *Leçons sur les suppurations de l'oreille et des cavités annexes des fosses nasales*, p. 277), des faits de thrombo-phlébite du sinus longitudinal, de méningite, d'encéphalite suppurée survenus au cours de fractures suppurées des sinus frontaux. Et cependant en pareil cas, la paroi crânienne était demeurée indemne.

M. Annequin (*Arch. méd. et Ph. milit.*, août 1902) signale une autre complication portant sur l'appareil olfactif : l'anosmie survenant immédiatement après la fracture. Daniel Molière et Beaunis avaient précédemment publié des observations de même ordre. Mentionnons encore divers autres accidents : la névrite optique, de la diplopie en bas et en dehors par modification dans le point d'attache de la poulie de renvoi du muscle grand oblique (Annequin), une rupture de l'ethmoïde, cette dernière lésion mettant les enveloppes de l'encéphale en communication avec les fosses nasales, c'est-à-dire avec une cavité infectée.

La guérison, quand elle se produit, est longue; des fistules persistent, restent permanentes dans la moitié des cas. Le diagnostic ne présente pas de difficultés : le siège de la lésion au-dessus de la racine du nez, ou contre l'angle supéro interne de l'orbite, l'existence d'une épistaxis abondante, l'issue de bulles d'air par la plaie, l'infiltration emphysémateuse de la racine du nez, etc., ne laissent guère prise au doute.

Le traitement consiste en larges débridements, de façon à permettre l'inspection de toute la cavité sinusale et de la débarrasser du sang, des débris osseux, des corps étrangers qu'elle pourrait contenir. Il faudra enlever les esquilles; mais M. Annequin recommande de les détacher par la méthode sous-périostée en vue de conserver toute son épaisseur et sa vitalité à la paroi désossée.

On ne saurait trop insister sur les inconvénients des interventionsi ncomplètes. Elles courraient risque de favoriser la rétention du pus et la production des accidents cérébraux. Au moindre signe de complication cérébrale (céphalée et fièvre persistantes, insomnie, photophobie), le chirurgien rouvrira la plaie, la désinfectera avec un antiseptique peu irritant, tel que l'eau oxygénée. Il mettra à jour les diverticules osseux primitivement respectés, et s'attaquera même à la paroi crânienne. Les moyens médicaux usités en pareil cas seront mis en pratique (vessies de glace, laxatifs, quinine, etc.).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement palliatif des cancers du col de l'utérus. — Du 15 au 21 septembre dernier s'est tenu à Rome le Congrès international de gynécologie et d'obstétrique. M. Pozzi, l'un des deux présidents d'honneur du Congrès, s'exprimant au sujet de l'hystérectomie dans le cancer du col de l'utérus, a prononcé les paroles suivantes : « Malgré les progrès incessants de la chirurgie, ce mal reste au dessus des ressources de la thérapeutique et, si nous pouvons escompter des survies très prolongées dans des cas particulièrement favorables, il ne nous est guère permis de dire que nous le guérissons. »

Rarement la survie dépasse deux ans. La méthode opératoire de choix est l'hystérectomie vaginale, moins grave que l'abdominale qui, elle, doit être préférée dans le cas d'étroitesse ou d'atrophie du vagin, dans le cas de friabilité extrême ou de disparition du col, dans le cas d'amincissement considérable de la paroi antérieure de l'utérus, dans le cas où malgré l'envahissement étendu des culs-de-sac et malgré une certaine immobilisation de l'utérus, on se décide à opérer, dans le cas enfin où le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour nécessiter le morcellement par la voie vaginale (cancers compliqués de fibromes, de grossesse, de pyométrie ou de pyosalpinx). Mais on tend à admettre que l'hystérectomie ne peut être appliquée qu'aux cas où les parties voisines sont si peu prises que l'utérus a conservé sa mobilité, sans trop attacher d'importance à l'état des ganglions. « Les grands délabrements produits par l'extirpation du tissu cellulaire pelvien, le curage du bassin, la poursuite élevée de la chaîne ganglionnaire constituent des opérations dont la gravité paraît excessive eu égard au résultat qui peut en être obtenu. Dans les cancers au début, une opération plus simple (ablation seule de l'utérus) peut donner d'excellents résultats, et, dans les cas avancés, en présence d'une maladie dont la terminaison certaine est la mort à brève échéance, un traitement palliatif bénin est préférable à un traitement pseudo-curatif dangereux. » La majeure partie des interventionnistes se trouve ainsi fréquemment acculée à la thérapeutique palliative. D'autre part le pronostic à peu près fatal du cancer de l'utérus, quelle que soit la thérapeutique suivie, ce pronostic, dis-je, qui peut

Digitized by Google

autoriser toutes les audaces et justifier toutes les tentatives opératoires, excuse inversement toutes les timidités et peut légitimer l'adoption de prime-abord du traitement palliatif. Il y a donc grand avantage pour le praticien à connaître toutes les ressources du traitement palliatif, afin de conduire le plus doucement possible jusqu'au tombeau des malheureuses inévitablement condamnées.

Le temps a marché depuis Ambroise Paré qui défendait de toucher à ce « chancre de l'utérus ». En 1846, Récamier, la curette à la main, s'élève contre cette abstention systématique. De nos jours les travaux se sont accumulés sur ce sujet, parmi lesquels la thèse récente du Dr Lemasson *(Paris* 1902).

Limitons notre sujet. Schématiquement on peut considérer le cancer de l'utérus comme se traduisant par quatre variétés de symptômes : 1° des symptômes *locaux* utérins uniquement dus à la tumeur; 2° des symptômes de *voisinage* dus à la compression ou à l'envahissement des organes péri-utérins (vessie, uretères, rectum, vaisseaux et nerfs du petit bassin) ; 3° des symptômes à *distance* traduisant le plus souvent des métastases ou des infections à point de départ utérin (phlébites par exemple) ; 4° des symptômes *généraux* de cachexie.

La première condition pour instituer un bon traitement palliatif, c'est d'établir un bon diagnostic et de reconnaître la part exacte qui revient à chacune de ces variétés. Sans vouloir entrer dans la discussion des signes, prenons à titre d'exemple l'élément douleur; nous aurons à rechercher s'il est simplement en rapport avec l'altération néoplasique des nerfs de l'utérus lui même ou s'il traduit une névrite d'un des nerfs de petit bassin (et encore là faut il séparer la névralgie par compression d'avec la névrite par envahissement), s'il reconnaît pour cause l'expulsion des caillots contenus dans la matrice saignante (douleurs expultrices) ou s'il est sous la dépendance d'une stagnation d'un bol fécal durci au-dessus d'un rectum aplati contre le sacrum, s'il s'agit d'une pseudo-colique néphrétique ou d'une poussée de cystalgie, etc... Il serait oiseux d'insister.

Laissons de côté le traitement des trois dernières variétés de symptômes, c'est-à-dire des symptômes de voisinage, des symptômes à distance et des symptômes généraux qui nous entraînerait hors de notre cadre pour avoir uniquement en vue le traitement des symptômes locaux. Ce traitement est surtout dirigé contre les métrorrhagies, les pertes blanches fétides et les douleurs. La voie vaginale est tout indiquée pour agir directement sur le col. C'est par là qu'on peut faire agir l'instrument tranchant, le fer rouge, les modifications chimiques.

Le *curettage* est un excellent procédé qui doit avoir le pas sur tous les autres. Il enlève rapidement toutes les masses exubérantes et ramollies, saignantes et suintantes, fait l'hémostase et l'asepsie. Il a l'avantage énorme de permettre à l'opérateur de limiter exactement son action, d'enlever la quantité de tissu malade qu'il lui convient, de se renseigner sur le degré de friabilité et de dégénérescence des productions morbides. Quoi de plus facile à exécuter, avec la cuiller tranchante de Sims, sous un courant continu d'eau chaude, en évidant d'abord rapidement avec l'instrument du gros modèle, puis en poursuivant systématiquement les fongosités dans la profondeur? Néanmoins il faut agir avec circonspection car les parois utérines détruites ou infiltrées se laissent traverser avec la plus grande facilité par l'instrument rigide. Il est souvent avantageux de faire suivre le curettage d'une cautérisation au chlorure de zinc. Pansement à la gaze iodoformée qu'on renouvellera le deuxième jour. Les résultats sont parfois surprenants : on voit des femmes presque exsangues ne devoir la vie qu'à cette intervention.

Le fer rouge est peut-être de toutes les méthodes palliatives la plus ancienne. Le thermocautère étant souvent insuffisant, on pourra se servir avec avantage du vieux cautère à bout olivaire de différentes grandeurs qu'on fait rougir au sombre dans un réchaud de charbon. Il faut avoir soin de protéger le vagin avec des valves en bois, mauvaises conductrices de la chaleur et interrompre fréquemment l'opération pour lancer sur la plaie un large courant d'eau froide. La boucle de galvano-cautère pourra aussi rendre des services. Dans tous les cas il faut se défier de la chaleur rayonnée qui va quelquefois plus loin qu'on ne désire.

Les *modificateurs chimiques* sont nombreux, Mettons en premier lieu le *carbure de calcium*. Guinard le premier, en 1896, en préconisa l'emploi dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine. Un morceau de carbure de calcium, en général d'une petite noix, est porté sur la cavité du col; au contact des liquides qui lubréfient le col, le carbure se décompose aussitôt en gaz acétylène et en oxyde de calcium; on circonscrit le caustique avec un tampon de gaze, puis l'on bourre le vagin de gaze iodoformée. Pendant 3 à 4 heures la malade éprouve une sensation de brûlure qui disparaît ensuite d'elle-même. Vers le quatrième jour on vide le vagin, grand lavage, détersion soigneuse du col de façon à détacher tous les fragments d'oxyde de calcium qui ont pu s'incruster dans le néoplasme. Ordinairement on renouvelle les applications de carbure deux fois par semaine aussi longtemps que le champ n'est pas absolument plat et propre, ce qui peut nécessiter un traitement de plusieurs mois, Guinard concluait en

Digitized by Google

1896 que ce traitement « combattait avec avantage les hémorragies, la leucorrhée fétide et les douleurs ; souvent dès la première application les hémorragies cessent ; de plus à l'ablation du pansement on voit les bourgeons néoplasiques desséchés tomber, laissant une surface lisse et unie de ton uniformément grisâtre ». *Le chlorure de zinc*, manié avec prudence, a pu rendre de réels services. On place sur le col de petits tampons imbibés de la solution à 2/3 de chlorure de zinc qu'on laisse en place 12 à 24 heures ; l'escharre tannée tombe au dixième jour. L'acide acétique, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la pâte de Canquoin ont été préconisés. Attirons seulement l'attention sur le *caustique de Filhos* dont le journal (n° 20) a rappelé l'heureux emploi par M. Richelot dans les métrites du col. La nouvelle préparation appelée du nom de néo-Filhos est d'un emploi plus pratique que l'ancienne.

Le *violet et le bleu de méthylène* au 1/500 en applications locales ou en injections interstitielles sont recommandées par Mosetig. Quant aux injections interstitielles d'alcool elles sont vraiment trop douloureuses pour qu'on puisse les recommander. L'*acide picrique* employé par M. Cornil en solution saturée, à la dose de quelques gouttes, a fait diminuer la tumeur par dégénérescence amyloïde mais amené des hémorragies. Les substances utilisées ont varié à l'infini ; contentons-nous de rappeler qu'on a employé l'hydrate de chloral au 1/100, le permanganate de potasse au 1/1.000, l'eau oxygénée à 3 volumes ; à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca on utilise les grands lavages au *gomenol* qui a l'avantage, tout en dégageant une odeur balsamique agréable, de ne pas tacher le linge, de ne pas attaquer les instruments métalliques, d'être aussi antiseptique que les meilleurs antiseptiques connus, de n'être enfin ni toxique, si caustique si bien que, pur et à hautes doses, il est admirablement toléré par l'organisme.

L'*ichtyol*, dans la proportion de 10 grammes de ce corps pour 100 grammes de glycérine, est utilisé en badigeonnage direct sur l'ulcération ; il a le grave inconvénient de dégager une odeur repoussante. Il n'en est pas de même de l'inodore *thiol* dont la solution employée est à 10 à 20 0/0. Après cette longue et cependant encore incomplète énumération, il faut conclure que le premier instrument dont doit s'armer le médecin, c'est la curette ; après elle vient le fer rouge et en troisième ligne le carbure de calcium. Nous engageons aussi le lecteur à expérimenter le caustique de Filhos qui a donné de si parfaits résultats, entre les mains de Richelot, contre la métrite chronique du col, et entre les mains de Nélaton, contre le lupus végétant de la bouche. Remarquons en passant qu'il ne faut pas craindre de laisser la pierre suffisamment longtemps (4 à 7 minutes) en contact avec les tissus à détruire jusqu à ce que se soit produite une escharre absolument noire.

En terminant il faut encore rappeler deux traitements, l'un général l'autre local, qui paraissent avoir donné des résultats encourageants : c'est à Fiessinger qui les employa le premier, et à Jaboulay (de Lyon) ensuite, qui le devança dans la publication des résultats, que nous devons l'emploi systématique des *sels de quinine* dans le cancer. Tous les sels de quinine sont également bons ; on emploie ordinairement le bromhydrate ou le chlorhydrate à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour, mais ces chiffres sont faibles : des doses de 1 gramme, 1 gr. 20, 1 gr. 50 doivent souvent être employées (voir n° 21). La voie rectale n'est pas toujours utilisable parce que le rectum expulse les solutions quiniques en quelques minutes ; on doit commencer par la voie digestive et, si des troubles digestifs se produisent, remplacer les cachets par les injections qui, étant douloureuses, seront faites profondément dans le muscle avec association d'opium, 2 centigrammes, ou de cocaïne, 1 centigramme. Moins nette dans ses résultats est la *méthode chirurgicale atrophiante*, préconisée par Baumgartner et employée par Hartmann et Fredet, et qui consiste soit dans la ligature des utérines au niveau de la fosse ovarienne, soit même dans la ligature des hypogastriques. — R. B.

THÉRAPEUTIQUE OTOLOGIQUE

Le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée. — Le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée peut être envisagé à deux périodes tout à fait différentes de son évolution : 1° ou bien le tympan n'est pas encore perforé ; 2° ou il est perforé. M. Moure répond à cette double éventualité par les indications suivantes (Société française d'Otologie, mai 1902) :

1° *Otite moyenne aiguë suppurée fermée.* — Cette première période du mal évolue dans des limites variables ; chez un enfant, elle peut ne durer que quelques heures ; chez certains adultes, à membrane épaisse, elle peut se prolonger au-delà de sept et même de huit jours. Aussi la thérapeutique ne doit-elle pas toujours être la même. La présence du liquide même purulent dans la caisse ne constitue pas toujours une indication formelle de la myringotomie. La résolution peut se faire après une période d'inflammation plus ou moins longue et sans que le tympan ait cédé. On commencera donc par faire l'asepsie des régions nasales et naso-pharyngiennes, à l'aide de pommades cocaïnées très légèrement mentholées, d'inhalations de vapeurs aromatiques.

Digitized by Google

de douches nasales alcalines (ces dernières à condition que les cavités nasales soient perméables, crainte d'un reflux dans la caisse). Des bains d'oreille émollients (feuilles de coca, racine de guimauve, têtes de pavots), calmeront les douleurs, et l'on touchera la membrane du tympan préalablement asséchée avec de la glycérine phéniquée au 1/5, avec ou sans cocaïne. Les révulsifs mastoïdiens ne seront pas négligés ; tout au début on les emploiera sous la forme de vésicatoires volants, ou mieux encore de chlorure de méthyle, qui a l'avantage de ne pas amener de suppuration de la paroi, et par conséquent de ne pas devenir une cause d'infection dans le cas où l'on est obligé d'intervenir ultérieurement.

A ces moyens proposés par M. Moure, on en peut joindre un autre conseillé par M. Courtade, et qui lui a réussi dans nombre de cas : dès les premières douleurs, insufflation d'air par le procédé de Politzer. Parfois, et pratiquée dès les premières heures, une insufflation suffit. Suivant les besoins, on augmente le nombre : une insufflation tous les jours ou deux jours (*Soc. Thérap.*, 1901).

Si malgré la médication résolutive, les phénomènes douloureux et la fièvre persistent, il ne pas hésiter : la myringotomie s'impose. Si on ne la pratique pas, le tympan va éclater de lui-même et la perforation se fera peut être dans un point mal situé pour livrer au pus une issue convenable. M. Moure conseille l'incision antiseptique et le tympan ayant été asséché et anesthésié en bas et en avant; à cette place on ne peut rien léser ; de plus on opère dans une zone déclive assurant un excellent drainage de la caisse. L'ouverture doit être large, en forme de croissant, regardant en haut et en arrière. A la rigueur, dès que l'on vient de faire cette perforation, on peut, après avoir cocaïné et adrénalisé (solution au 1/10000) l'orifice de la trompe, faire une insufflation, soit par le Valsava, soit mieux encore avec la sonde, de manière à bien vider la caisse du contenu purulent qu'elle renfermait.

2° *Otite moyenne suppurée ouverte.* — Des bains d'oreille émollients, des fomentations chaudes suivies d'injections abondantes faites doucement avec un injecteur muni d'une canule en verre aseptique commenceront le traitement. Ces lavages, pratiqués 3 à 4 fois par jour, seront faits avec de l'eau bouillie franchement tiède, additionnée d'alcool boriqué (une cuillerée à soupe par 1/2 litre d'eau), ou une solution alcaline (bicarbonate, borate de soude, sel marin). L'asepsie des fosses nasales et du naso-pharynx sera continuée avec la pommade cocaïnée légèrement mentholée ; un tampon de ouate hydrophile, maintenu par un bandeau sera placé au devant du méat auditif. S'il n'y a aucun phénomène réactionnel, ni douleur, le malade pourra sortir dès le troisième ou quatrième jour qui suit l'ouverture du tympan. Les insufflations d'air sont inutiles, mais le malade se mouchera doucement, le nez ouvert, de manière à ne pas faire pénétrer l'air duna so-pharynx dans la caisse. M. Moure estime que toutes les manœuvres ayant pour but de vider soi-disant le trop plein de l'oreille moyenne par la perforation à l'aide d'insufflations, constituent une très mauvaise pratique capable d'entretenir l'otite et souvent même de déterminer des complications. Les injections de liquide poussé de la trompe vers la caisse sont tout aussi dangereuses. Trop de germes virulents peuvent être introduits par cette voie et rester emprisonnés, la perforation ne leur livrant qu'une issue incertaine. Mieux vaut s'en tenir aux lavages par l'oreille externe. On renforcera leur action par des nettoyages d'une autre sorte. Tous les 2 ou 3 jours, on fera un écouvillonnage léger de la cavité avec un tampon de ouate trempé dans de l'alcool boriqué, ou encore dans une solution de glycérine phéniquée à 1/10, l'oreille étant d'abord séchée avec de la ouate aseptique.

Lorsque la suppuration commencera à diminuer, les injections ne seront plus faites que le matin et le soir, puis le matin seulement, pour être supprimées complètement dès que l'écoulement aura tout à fait tari ; une boulette de ouate sera maintenue dans le méat. Plus tard, on s'assurera que l'ouïe est parfaitement revenue ; s'il en était autrement, il faudrait faire quelques insufflations avec le cathéter, pour rétablir la perméabilité tubaire et faciliter l'aération de la caisse.

Pendant toute l'évolution de l'otite, il conviendra de surveiller l'apophyse mastoïde. Celle-ci devient-elle douloureuse, l'écoulement du pus se fait-il par décharges successives, après des phénomènes douloureux et des crises de vertiges, la présence de saillies fongueuses vient-elle à envahir la caisse, il faudra songer à l'imminence possible d'une trépanation. Que la suppuration vienne à diminuer, les douleurs persistant, il convient de savoir s'il faut faire une nouvelle ouverture au tympan, ou au contraire aborder la mastoïde directement. C'est cette dernière conduite que conseille M. Moure. Bien souvent, la réduction de la suppuration ne sera que temporaire et liée à l'obturation de l'ouverture par un caillot de pus ; dans ce cas des lavages abondants pourront venir à bout de l'accident et rétablir la perméabilité momentanément compromise. De tous les moyens accessibles au praticien, ce sont bien ces lavages abondants, tièdes, répétés, toujours exécutés très doucement, qui constituent une des méthodes les plus précieuses et les plus simples.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Les troubles dyspeptiques symptomatiques des affections nasales ou pharyngées

L'article du numéro du 27 septembre du *Journal des Praticiens : Les Troubles digestifs symptomatiques des affections nasales ou pharyngées*, me donne l'occasion de soumettre aux lecteurs une modeste opinion sur ce sujet, qui peut-être comble une légère lacune.

M. Landolt établit l'existence des troubles digestifs consécutifs aux affections nasales, et admet comme pathogénie de ces troubles :

a. La théorie réflexe : irritation de la pituitaire ou du rhinopharynx, d'où hypersécrétion passagère, qui par sa répétition aboutit à la gastrite vraie.

b. La théorie de la pyophagie. Il me semblerait légitime de comprendre autre chose dans la théorie réflexe : les affections nasales (coryza aigu, rhinite aiguë purulente, adénoïdite, rhinite chronique atrophique, etc.), présentent comme symptôme commun la diminution ou l'abolition des sensations olfactives. Or l'olfaction est à n'en pas douter un point de départ important du réflexe qui aboutit à la sécrétion gastrique. Tel aliment (viande) présenté à un chien qui le flaire provoque une sécrétion gastrique abondante. C'est là un premier temps de l'acte digestif.

Par suite de l'abolition de l'odorat l'estomac est privé de cette sécrétion *prédigestive*, — apéritive pourrait-on dire, — d'où un état de dépression « qui permettra aux vrais troubles gastriques de s'installer ».

J'observe en ce moment un jeune homme atteint de rhinite atrophique, chez lequel on ne peut invoquer ni la pyophagie, ni l'irritation de la muqueuse, pour expliquer les symptômes d'hypopepsie qu'il présente, phénomènes qu'on pourrait peut-être attribuer à l'abolition complète de l'olfaction. — Dr J. Jullien (Joyeuse).

L'insuffisance et l'hyperfonctionnement des capsules surrénales. — On connaît l'adrénaline, cet alcaloïde vaso-constricteur d'une puissance extraordinaire, isolé des capsules surrénales. On sait aussi que ces capsules ont une autre action : détruire une substance toxique circulant dans le sang (neurine ?) La suppression des fonctions de la glande surrénale entraînera donc un certain nombre de troubles liés à la fois à l'absence de la substance vaso-constrictive sécrétée par elle et aussi à l'accumulation dans l'économie des poisons qu'elle ne détruit plus. De là les troubles cardiaques et l'hypotension artérielle de la maladie d'Addison, de là aussi l'asthénie progressive et les troubles gastro-intestinaux, les douleurs. Quant à la mélanodermie, elle serait liée à l'irritation prolongée du sympathique abdominal, cette irritation étant sans doute, elle aussi, d'origine toxique.

La maladie d'Adisdon représente une insuffisance des capsules surrénales qu'on pourrait appeler chronique. Existe-t-il une insuffisance aiguë ? C'est ce que M. Sergent s'applique à démontrer en s'inspirant d'un fait personnel. (*Pr. Méd.*, 1er oct.). Un malade alcoolique contracte une pneumonie : après une période d'agitation formidable et de délire, survient un état de demi-somnolence, coupé de rêvasseries. Le pouls devient petit et dépressible ; puis, au quatrième jour, brusquement le malade se dresse dans son lit et tombe inanimé. A l'autopsie, outre les lésions de la pneumonie, l'auteur trouve des altérations profondes provoquées par le pneumocoque dans les capsules surrénales. C'est à ces altérations, à cette surrénalite aiguë qu'il attribue à la fois la dépression terminale du malade et la mort subite. L'hypothèse est ingénieuse.

La mort subite est en effet assez fréquemment observée dans la maladie d'Addison ; elle survient dans les cas d'altération chronique des capsules surrénales; pourquoi ne se montrerait-elle pas dans les altérations aiguës ? Le tout est de la prévoir. Aussi bien, des signes mettent sur la voie : l'abattement du malade, la prostration avec hypothermie, la petitesse du pouls, la tendance au collapsus, tels seraient les symptômes prémonitoires ; ce sont eux qui constitueraient le syndrôme de l'insuffisance capsulaire aiguë.

Il resterait à démontrer que l'aggravation imprimée à la maladie infectieuse n'est pas capable de produire de pareils troubles, rien que du fait de l'intoxication elle-même et de la résistance faible du sujet, toute lésion des capsules surrénales étant hors de cause. Est-ce la surrénalite qui tue ? Ou la maladie infectieuse a-t-elle tué indépendamment de toute surrénalite concomitante ? C'est ce que nous apprendront les observations ultérieures.

En tout état de cause, il semble dès aujourd'hui établi que toute lésion des capsules surrénales au cours d'une infection aiguë est capable de déterminer des accidents de toute gravité.

Tous ces faits appartiennent à l'histoire de l'insuffisance capsulaire aiguë ou chronique. Le fonctionnement de l'organe est en défaut.

Parfois, c'est au contraire et peut-être l'exagération de la fonction. Dès qu'un organe est capable de fléchir, rien ne s'oppose à ce qu'il soit excité dans sa tâche. Quels sont, au point de vue clinique, les signes de cet hyperfonctionnement des capsules surrénales ? On l'ignore ou à peu près. M. Vincelet, dans un travail récent (*Th. Paris*, 1902) signale les troubles suivants : Un homme atteint de cirrhose hypertro-

Digitized by Google

phique pigmentaire qui avait pris, comme diurétique, une glande de mouton par jour, présenta de l'angoisse avec ralentissement du pouls et intermittences. Tous ces accidents disparurent avec la suppression du médicament.

Certains auteurs (Gluzinsky), par injection veineuse de suc capsulaire, ont déterminé des paralysies des membres postérieurs avec accélération de la respiration et du cœur. Oliver et Schœfer observent de même, après injection de 30 centigr. de glande fraîche chez la grenouille, une paralysie transitoire (*Traité de Médecine*, t. V., 1902, p. 817).

Certains troubles rencontrés dans les névroses, les paralysies ou palpitations hystériques, rattachées aujourd'hui à une origine psychique, ne pourraient-ils être attribués à une hyperfonctionnement des capsules surrénales? Les hystériques qui font toutes choses avec excès peuvent bien déterminer des troubles par excès de leurs sécrétions internes. Voilà encore une mine de recherches à explorer.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Riche lit un éloge de Virchow, membre associé de l'Académie. Cet éloge n'avait pu être prononcé plus tôt, l'Académie se trouvant en vacances et la séance d'aujourd'hui inaugurant sa rentrée.

M. Richelot communique un rapport sur une observation de M. Lafourcade (de Bayonne). Femme de 42 ans, enceinte, rupture de l'utérus au moment de l'accouchement. Le fœtus passe dans la cavité abdominale. Laparotomie. Extraction du fœtus et du placenta entre les anses intestinales. Hystérectomie abdominale. Guérison.

Etude sur la diphtérie à l'Hôpital Bretonneau en 1902 — M. Josias. 709 enfants ont été admis. Cinq fois sur six, l'examen clinique a été confirmé par l'examen bactériologique. Le bacille diphtérique a été trouvé dans la bouche des personnes bien portantes de l'entourage (4 surveillantes sur 10). Dans les formes hypertoxiques qui comptent pour un chiffre de 7 0/0 (jetage, gonflement œdémateux du cou, odeur fétide de l'haleine, albuminurie), la mort est survenue dans 60,87 0/0. Chaque enfant recevait de 10 à 30 cent. cubes de sérum le jour de son entrée, la dose étant répétée si nécessaire les jours suivants. Aucun accident, sauf quelques érythèmes bénins, n'a suivi le traitement. Le tubage a dû être pratiqué sur 172 enfants. L'injection préventive du sérum (10 cent. cubes) reste toujours le traitement prophylactique de choix. Il est à regretter qu'en ville, une fois la diphtérie soupçonnée, l'injection de sérum ne soit pas plus souvent pratiquée, avant même le résultat de l'examen bactériologique.

L'assainissement en Corse. — M. Laveran. L'endémie paludique est très grave en Corse ; la présence d'anophèles est signalée dans tous les endroits insalubres ; les mesures prophylactiques consistent dans la suppression des anophèles par les mesures connues (toiles métalliques devant les portes et fenêtres, pétrole dans les mares). (*7 octobre*).

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le Congrès d'hydrologie de Grenoble — Au Congrès d'hydrologie qui vient de clore ses séances à Grenoble, au milieu d'une affluence empressée de confrères, M. Albert Robin a prononcé un remarquable discours.

Il s'élève contre la tendance des villes d'eaux à se transformer en villes où l'on s'amuse. « On y accumule les attractions malsaines qui retiennent les oisifs et les hommes de plaisir ». Indisposés par ce tapage et cet éclat de fête, les vrais malades se méfient. Ils préfèrent aller ailleurs. Ce qu'ils demandent, c'est un endroit où l'on se soigne. Il est inadmissible qu'un établissement thermal devienne une annexe d'un Casino ou un prétexte à continuer les excès de table et autres. Sans doute, certains malades, ceux à caractère faible, ne sont pas tous mécontents de cet ordre de choses. Ils mangent, boivent comme chez eux. Les veilles, ils les prolongent jusqu'au matin et, au bout de trois semaines de ce régime, les voilà tout étonnés. Ils ne vont pas mieux.

Dans l'intérêt même des stations hydro-minérales, il serait désirable que de pareils abus prissent fin. Les médecins de la station devraient s'entendre, réglementer les régimes dans les hôtels, obtenir des municipalités la fermeture à une heure raisonnable des théâtres et des casinos. Tout cela semble de réalisation ardue. Ce serait un jeu d'y parvenir si les médecins comprenaient mieux les intérêts de solidarité qui les unissent. Qu'ils s'associent et se groupent entre eux, qu'ils rentrent dans le Syndicat des médecins d'eaux, lequel date déjà de 1895, qu'ils acceptent les décisions de l'association et fort de l'adhésion de tous, le Syndicat saura imposer sa voix.

Ce ne sont pas là peut-être, du moins en ce qui est du syndicat, les paroles textuelles de M. Albert Robin ; nous croyons toutefois rester dans l'esprit de son discours, en montrant l'importance qu'il attache à l'organisation d'une association ferme, toujours unie, où toutes les volontés particulières s'effacent devant la suprématie non contestée des intérêts généraux. Pour notre part, nous insistons trop souvent sur le besoin d'une union compacte entre les membres du corps médical, pour ne pas applaudir, après les nombreux auditeurs du Congrès, à ces conclusions qu'inspire un si vif sentiment des nécessités présentes.

L'incident de Bourbonne. — Le voyage d'études aux eaux minérales organisé sous la présidence de M. Landouzy a été traversé par un incident regrettable ; les

Digitized by Google

journaux politiques s'en sont emparés. L'*Est Républicain* consacre deux longues colonnes à la relation du fait. Cela s'est passé à Bourbonne-les-Bains et la conférence de M. Landouzy sur les eaux de la station a déchaîné l'orage. Au vrai et si les comptes rendus des journaux sont exacts, des imprudences de langage ont été commises.

Ce sont d'abord des affirmations quelque peu hasardées. « On a la manie aujourd'hui, dit M. Landouzy, d'attribuer bien à tort, une importance considérable à la composition chimique des eaux minérales ; n'en déplaise à M. Berthelot, la composition chimique d'une eau n'est rien, sa thermalité est tout ». Voilà une assertion qui mériterait d'être serrée de près ; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Ce qui est plus inexplicable encore et a déchaîné les tempêtes, c'est la comparaison injuste et tout au détriment de la station française, que l'auteur a établie entre les eaux de Wiesbaden et les eaux de Bourbonne. Les conclusions qu'il énonce paraissent singulières. Ainsi (*Gaz. de Bourbonne-les-Bains*, 13 sept.), tout en admettant la similitude dans la composition chimique et la thermalité de ces eaux, il arrive quand même à opérer des distinctions dans leurs effets. Bourbonne, nous apprend-il, ne convient pas aux goutteux ; il leur convenait autrefois. Ce temps-là est passé.

C'est Wiesbaden qui réclame aujourd'hui la clientèle goutteuse. Bourbonne doit se contenter des rhumatismes. Des rhumatisants, tant qu'on voudra, mais pas de goutteux. Les goutteux, à Wiesbaden, pas ailleurs.

En présence de cet envoi de malades à l'étranger, un étonnement vous prend. La campagne en faveur des eaux minérales françaises, cette campagne à la fois patriotique et juste, M. Landouzy ne s'en émeut guère. Les goutteux ! En voiture pour Wiesbaden !

Ce n'est pas tout. L'orateur va plus loin ; après avoir spécifié la nature des maladies que se partageront les deux stations, il réglemente la position sociale de la clientèle qui les fréquentera : à Wiesbaden, les gens riches, à Bourbonne « l'armée démocratique des travailleurs ». Le dynamisme des eaux de Wiesbaden est à l'usage exclusif des capitalistes, le dynamisme des eaux de Bourbonne ne convient qu'aux prolétaires.

On voit d'ici le holà. Les confrères de Bourbonne protestent et avec raison. La Société de voyages aux eaux minérales est-elle fondée dans le but de jeter le discrédit sur certaines stations françaises ? Après l'incident de Cauterets (voir n° 29 du *Journal des Praticiens*) après d'autres incidents l'an dernier à Aix et ailleurs, voici venir l'incident de Bourbonne. De ce dernier, on sera enchanté, autre part qu'en France.

On ne peut qu'enregistrer avec tristesse, à la fois, le contentement de nos voisins, et déplorer le préjudice porté à une station française qui a fait ses preuves.

P.-S. — La répétition de tels incidents devait entrainer sa conséquence logique. Nous croyons savoir qu'une autre œuvre intéressant l'avenir de nos stations hydr[illegible] va être constituée sous les auspices d'hom[illegible] compétence solidement renseignée ne prête [illegible] cussion.

BIBLIOGRAPHIE

Le Traité de médecine des professeurs P. Brouardel et Gilbert, publié par la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, [illegible] feuille, à Paris, forme 10 volumes in-8, de 900 à 1[illegible] Chaque volume se vend séparément : 12 francs — [illegible] complet (9.120 p., 630 fig.) : 120 francs.

Le dixième et dernier volume qui vient de paraître [illegible] ment la série. Les collaborateurs restent compétents, informés, pratiques. Le côté thérapeutique est [illegible] soin. De brillantes monographies sont dues à MM. Pitres et Ballard (*Maladies des nerfs périphériques*) ; Grasset et [illegible] (*l'Epilepsie*) ; Brissaud (*Neurasthénie, Migraine*). Avant [illegible] malade, M. Gilles de la Tourette avait déjà écrit la [illegible] de son article sur l'*Hystérie* et l'*Hypnotisme*. M. Gilles a prêté avec sa collaboration le concours d'un disciple [illegible] Citons avec le chapitre de la *Chorée* et des *Tics*, par [illegible] celui sur le *Bégaiement* et la *Mutité*, de M. Lannois. [illegible] Marinesco sur les *Maladies des muscles* sont aussi [illegible] résumé, volume remarquable qui couronne dignement [illegible] œuvre.

Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine, par le Dr Paul Garnault, Paris (*Institut [illegible] bliog.*), 1 vol. in-8 de 1.062 pages.

Bien que la polémique de M. Garnault avec M. Koch [illegible] périences qu'il a pratiquées sur sa personne, [illegible] pas pénétrer dans le domaine extra-médical, nous [illegible] à rendre justice au volume présent. C'est une œuvre [illegible] ment documentée. Il est certain qu'après l'avoir lu, [illegible] tions, s'il en existait encore, ne semblent guère [illegible] La tuberculose bovine constitue un danger réel, et M. [illegible] a contribué pour une part à la fois courageuse et actu[illegible] dre cette vérité.

Congrès d'hydrologie de Grenoble. — A[illegible] de clôture du Congrès, M. Albert Robin a été nommé [illegible] mation, Président d'honneur à vie des Congrès d'hy[illegible] Congrès ayant en outre décidé qu'il serait fondé un [illegible] manent d'organisation de ces Congrès, a nommé M. Al[illegible] Président du bureau permanent.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été em[illegible] succès constant depuis cent ans contre la goutte [illegible] coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites [illegible] l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, [illegible] goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Bu[illegible], [illegible] Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. F[illegible]

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEFER, 257, RUE SAINT-[illegible]

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. le Dr Chauffard

Les sténoses du pylore

La sténose pylorique chez l'adulte reconnaît trois causes principales. Il existe des sténoses d'origine fibreuse, d'origine cancéreuse, d'origine spasmodique.

Dans les sténoses d'origine fibreuse, les causes sont diverses. Il peut s'agir d'une cicatrice d'origine ulcéreuse, d'adhérences inflammatoires anciennes (péritonite, syphilis) adhérence du pylore à la vésicule calculeuse (Bouveret) d'un rétrécissement congénital (Bouveret), d'une sorte d'hypertrophie pylorique comme celle qu'on observe parfois chez les enfants. (Voir n° 9.) M. Chauffard présente plusieurs malades atteints des formes les plus communes rencontrées dans la pratique.

Voici un homme de 35 ans, petit et faible. Il digère mal depuis l'âge de 15 ans, sans qu'aucune cause soit relevée à l'origine de son état morbide. Il souffre de douleurs au creux épigastrique, de crampes, d'éructations, de vomissements muqueux. Jusqu'à 31 ans, sa maladie est restée stationnaire, s'aggravant plutôt avec exagération dans la fréquence et l'intensité des vomissements.

En 1897, surviennent les premières hématémèses ; l'amaigrissement est considérable ; le malade ne pèse plus que 35 kilos. L'estomac est dilaté, clapotant ; les douleurs surviennent par crises. Entré à l'hôpital, le malade voit ses vomissements diminués par le traitement médical, mais l'amélioration n'est que précaire.

Pour juger de la conduite la plus opportune à tenir, on cherche à reconnaître les dimensions exactes de la dilatation d'estomac. Plusieurs procédés permettent de parvenir à cette fin : 1° la recherche du clapotage stomacal, c'est là une méthode grossière et parfaitement insuffisante ; les limites de l'estomac ne sont jamais déterminées d'une manière précise ; 2° l'étude du péristaltisme et de l'ondulation gastrique. L'estomac, dans les cas de rétrécissement pylorique, se contracte pour vaincre l'obstacle ; des ondes de contraction paraissent ; l'estomac se dessine derrière la paroi abdominale sous une forme globale qui donne l'image de ses contours ; mais tout juste en raison de la contraction et du resserrement des parois, on ne peut juger de la dilatation de l'organe ; 3° on a encore recours à l'insufflation ; on injecte la quantité d'air qui a paru nécessaire pour remplir l'estomac. Dans pareil procédé, on ne sait pas bien ce qu'on fait ; à quel degré de distension convient-il d'arrêter l'insufflation, et ne risque-t-on pas de dépasser les limites ? 4° une méthode plus élégante, plus précise aussi, est la gastro-diaphanie. M. Chauffard y a eu recours chez ce malade. Une lampe électrique est introduite dans l'estomac que l'on remplit ensuite d'eau ; la lampe est allumée. Du coup toutes les parties baignées de liquide se peignent sous forme d'un croissant rouge sombre.

Dans le cas présent, la dilatation était énorme et semblait tenir à un rétrécissement du pylore. Le malade est adressé en chirurgie, et Quénu pratique la gastro-entérostomie postérieure avec une anse du jéjunum.

Les résultats immédiats sont merveilleux ; opéré le 21 juillet, le malade sort guéri le 6 septembre. Les vomissements et les douleurs ont disparu ; de 35 kilos le poids remonte à 53 kilos.

Seulement la guérison n'est pas durable ; elle se prolonge pendant 18 mois, puis les vomissements reviennent. C'est que le malade avait un ulcère cicatrisé de l'estomac ; quelques imprudences de régime avaient ramené les conditions prédisposantes et un second ulcère était sans doute apparu. Ce qui montre que les sténoses fibreuses par ulcère simple ne sont pas aussi favorables que les sténoses suite d'ulcérations traumatiques (caustiques). Dans cette dernière conjoncture, l'apport de l'agent nocif et caustique ne se renouvelant pas, les suites opératoires sont aussi meilleures. Dans les cas d'ulcère, au contraire, rien n'empêche l'hyperacidité gastrique d'irriter et d'entamer la muqueuse à nouveau. L'ulcère se reproduit comme une pierre rénale ou vésicale après l'intervention chirurgicale.

Une seconde opération est pratiquée par le Dr Quénu, le 3 janvier 1901. L'opération est très laborieuse ; il existait un placard d'adhérences antérieures, l'intestin était accolé à la paroi (périjéjunite adhésive). En dépit de ces difficultés, l'opération s'est montrée aussi heureuse dans ses suites que la première fois.

Le malade aujourd'hui va bien ; à part quelques malaises, — pesanteurs et renvois, — il ne souffre pas. Une grande sévérité de régime lui est toutefois indispensable ; au moindre écart, les accidents se montreraient menaçants.

Ce premier malade était atteint de rétrécissement cicatriciel du pylore ; en voici un autre.

C'est un homme de 52 ans, sans tare d'alcoolisme, ni passé gastrique. Les symptômes ayant débuté par de l'inappétence et un dégoût pour la viande, ont progressé et ont abouti à des signes d'intolérance gastrique (vomissements alimentaires ou muqueux). Surviennent ensuite quelques signes d'accalmie, mais d'une accalmie trompeuse. Les vomissements diminuent, il est vrai, de fréquence, mais pourquoi ? Parce

Digitized by Google

que la paroi gastrique se fatigue; elle ne se contracte plus si aisément et se laisse distendre. Après la phase d'intolérance gastrique, apparaît la phase de rétention. L'estomac ne se soulève que lorsque sa distension est extrême : aussi les vomissements, s'ils sont plus rares, se montrent ils aussi plus abondants. Et cette association du retard dans l'évacuation et dans l'abondance accrue est d'une signification fâcheuse.

Le malade maigre, au teint jaune paille, ne se nourrit plus du tout. Les aliments ne passent pas; dans l'estomac, leur présence détermine un péristaltisme faisant saillir le contour global de l'organe. Il existe des ganglions sus-claviculaires du côté gauche. Les globules rouges sont diminués de nombre; on ne compte pas un nombre exagéré de globules blancs. L'urine renferme une diminution notable d'urée (9,50 par litre). Cette hypoazoturie est un signe important; certains auteurs l'ont même considéré comme étant pathognomonique d'un cancer de l'estomac. La palpation n'offre rien de net; on ne constate aucune tumeur appréciable. L'ensemble des signes permet néanmoins de poser le diagnostic de sténose d'origine cancéreuse.

La sténose spasmodique qui forme la troisième variété des sténoses pyloriques est d'un grand intérêt pour le praticien; car le traitement médical permettra souvent d'en venir à bout.

Un homme de 50 ans, dépourvu d'antécédents alcooliques, présente après les repas des douleurs gastriques accompagnées de vomissements; l'examen de l'estomac permet de reconnaître une dilatation avec clapotage. Pas d'hématémèses. L'estomac renferme 2 litres d'une eau brunâtre, acide, fétide. Après l'évacuation de ce liquide irritant, les douleurs cessent tout de suite. Les douleurs présentées étaient provoquées par la rétention. On pratique le lavage de l'estomac avec de l'eau alcalinisée; on prescrit du lait alcalinisé, de la poudre de viande. La guérison se produit pendant 2 ans, après quoi survient une rechute de quelques semaines, à la suite d'une imprudence alimentaire.

Chez ce malade l'ondulation gastrique, le péristaltisme stomacal existaient comme chez les deux malades précédents; le pylore était rétréci; seulement le rétrécissement n'était que spasmodique puisqu'il disparut, et consécutif sans doute à l'irritation provoquée par une gastrite érosive légère.

Quand M. Chauffard prononce le mot de spasme, il n'énonce pas une hypothèse. Ce spasme a été constaté par les chirurgiens, il est réel et ne traduit du reste, sur l'organe stomacal, qu'un mode de réaction spécial à tous les sphincters. Le col vésical se contracte dans les cystites, le rectum dans la fissure anale, le pylore dans les inflammations gastriques.

Le diagnostic est fort difficile avec la sténose fibreuse; cependant il doit être posé. Opérer une sténose spasmodique, cela est le plus souvent inutile; dans des conjonctures assez rares pourtant, il faut intervenir et alors il convient de ne pas trop retarder l'opération. Une attente trop prolongée risquerait de forcer les tuniques musculaires et d'aboutir à une atrophie irrémédiable des glandes gastriques.

Une dame de 42 ans, souffrait depuis des années. Elle présentait au creux épigastrique une tumeur du volume d'une mandarine et on aurait affirmé l'existence d'un cancer, n'était d'abord cette durée insolite du mal et en outre la constatation d'une hyperchlorhydrie manifeste. Le cancer stomacal se traduit, on le sait, bien plutôt par de l'hypochlorhydrie. Si bien qu'au lieu du diagnostic cancer, on songea à un ulcère ancien avec cicatrisation calleuse et périgastrite. Sous l'influence des pointes de feu au creux épigastrique et d'un régime sévère, la tumeur disparut, mais les souffrances persistèrent. Il fallut opérer. Malheureusement cette intervention chirurgicale fut reculée pendant deux ans; il était bien tard. On trouva un pylore ligaturé par du tissu fibreux; une gastro-entérostomie postérieure permit à la malade de s'alimenter un peu mieux, mais les vomissements ne rétrocédèrent pas et les douleurs augmentèrent. Des lésions irrémédiables avaient atteint les glandes gastriques.

Pareil résultat plutôt mauvais ne doit pas étonner. Quel est le but du chirurgien? De rétablir la perméabilité du pylore. Il guérit les conséquences de la maladie, j'entends la sténose, mais non la cause, c'est-à-dire le trouble du chimisme stomacal, ou l'ulcère, ou la tumeur cancéreuse

Au vrai, il s'agit là d'une intervention grave qui expose à des accidents mortels. Les opérés peuvent succomber au choc, à une pneumonie, à l'inanition résultant du fonctionnement mauvais de l'anastomose gastro-intestinale.

Dans le cancer, le malade est emporté par le progrès de sa maladie; il résiste 6 à 7 mois en moyenne après une gastro-entérostomie. Bien que ce résultat ne soit pas brillant, il ne laisse pas toutefois de comporter un avantage moral évident. Les cancéreux opérés, s'ils meurent, ne se voient pas mourir. Ils peuvent se nourrir, le passage des aliments leur fait illusion, ils succombent à une cachexie progressive par infiltration de noyaux cancéreux à distance et surtout dans le foie. Seulement, cette cachexie, ils ne l'aperçoivent pas et leur espoir en la guérison n'en est pas atteint.

Une opération moins précaire que la gastro-entérostomie dans les cas de cancer, serait la pylorecto-

Digitized by Google

mie, c'est à-dire la résection directe du pylore et l'abouchement de l'estomac dans l'intestin. Un noyau cancéreux circonscrit, l'absence de ganglions à distance, permettent parfois de tenter pareille opération qui, pratiquée dans des conditions favorables et les risques de mortalité opératoire étant éliminés (environ 25 0/0 de mortalité), permet une survie assez longue.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Règles générales pour le traitement kinésique des cardiopathies valvulaires

L'idée de l'utilité du massage et de la gymnastique médicale dans les maladies du cœur, quoique encore relativement nouvelle, semble aujourd'hui acceptée, en principe, par la majorité des médecins, et la question, pour beaucoup, est résolue; la discussion est close. Il s'agit de savoir si cette clôture n'a pas été prononcée trop tôt, et s'il n'y a pas lieu de reviser un peu les idées courantes sur l'action physiologique et thérapeutique des procédés employés par la kinésithérapie dans les maladies en question.

Ces idées sont, au fond, très simples, trop simples même. Il s'agirait toujours de « faciliter le travail du cœur » devenu incapable de suffire à sa tâche, soit parce que le myocarde est malade, soit parce qu'une lésion valvulaire le met en état d'infériorité, soit, enfin, parce que son appareil nerveux ne fonctionne plus régulièrement. Quant aux moyens qui permettent d'atteindre le but désiré, c'est-à-dire la diminution du travail du cœur, ils sont, d'après les auteurs classiques, de quatre ordres, savoir :

1° *Les mouvements passifs*, qui activent le retour du sang vers le cœur droit, par les changements successifs du volume des veines dans les différentes phases du mouvement;

2° *Les mouvements actifs,* qui agissent en partie de même façon que les mouvements passifs, mais qui possèdent, en plus, la propriété d'attirer le sang vers la périphérie, par la vaso-dilatation qui se produit dans chaque muscle qui travaille ; de cette façon est réalisée une dérivation du sang des viscères;

3° *Le massage,* qui, de même que les mouvements passifs, active le retour du sang vers le cœur droit, par les pressions exercées sur les veines ;

4° *Les mouvements dits de respiration,* qui, également, activent la circulation veineuse, mais par aspiration, cette fois, par le mécanisme bien connu de la pression négative intra-thoracique.

Voilà, en résumé, et dans toute sa simplicité, la théorie sur laquelle est basée la gymnastique suédoise, en tant qu'elle s'applique au traitement des maladies du cœur. Elle est agrémentée, suivant les auteurs, de quelques phrases sur la « régularisation des battements du cœur », sur la « meilleure répartition du du sang, etc. ». Ce sont là des expressions qui s'appliquent aux effets constatés, mais qui n'ont rien à faire avec le mode d'action. Nous ferons observer, par parenthèse, que l'interprétation théorique n'est nullement sans importance, au contraire ; elle conduit à des applications pratiques immédiates. Car la kinésithérapie n'est pas nécessairement toujours identique à elle-même, malgré la conception unitaire de la méthode qui caractérise les auteurs suédois, et qui leur a attiré le reproche justifié de vouloir traiter systématiquement, par des procédés identiques, des maladies aussi dissemblables que le rétrécissement mitral, par exemple, et les cardiopathies artérielles.

Voyons d'abord si l'explication du mode d'action des mouvements passifs — et il s'agit, dans l'espèce, surtout de mouvements de circumduction, — peut être acceptée sans réserves. Ils diminuent le travail du cœur, dit-on, parce qu'ils activent le retour du sang vers lui, et qu'ils accomplissent ainsi une partie de la besogne qui lui incombe. Cela peut sembler très logique, au premier abord. Mais on peut se demander si la stase veineuse périphérique n'est pas un moyen de défense du cœur affaibli, un moyen de diminuer la masse du sang qui le traverse dans un temps donné. Le réseau veineux est tellement riche et souple que sa réplétion plus ou moins complète ne peut guère entraver le ventricule gauche qui n'est du reste pas en question dans les maladies où l'on observe de la stase veineuse, c'est-à-dire dans les maladies de la valvule mitrale. On comprend, au contraire, très facilement que la propulsion artificielle du sang vers le cœur droit pourra lui imposer un surcroît de travail non négligeable. Et ce sont précisément les cavités droites qui souffrent et qu'il s'agit de ménager! On produit donc l'effet contraire de celui qu'on désire produire. En effet, si vous faites faire à un malade atteint de rétrécissement mitral grave, avec hypertension pulmonaire et dilatation des cavités droites, des mouvements passifs de circumduction des bras et des jambes, vous verrez bientôt les battements du cœur s'accélérer, signe d'excitation et de fatigue. Les « gymnastes » le savent bien, puisqu'ils recommandent toujours de commencer par quelques mouvements des pieds et des mains ; recommandation inutile si l'effet était toujours une diminution du travail, un soulagement pour le cœur.

Faut-il en conclure que les mouvements passifs de circumduction sont toujours nuisibles? Nullement. Ils sont souvent utiles, non parce qu'ils produisent

Digitized by Google

une diminution du travail du cœur, mais parce qu'ils produisent une action sédative et calmante sur son appareil nerveux, et ceci par la régularité même du rythme avec laquelle ils sont exécutés. Il est facile de s'en convaincre. Si vous faites faire à un malade, sur lequel les mouvements passifs produisent habituellement un effet sédatif, les mêmes mouvements, mais d'une façon irrégulière, saccadée, vous verrez immédiatement que l'action change tout à fait de caractère. Le cœur s'excite. Vous produisez pourtant les mêmes effets mécaniques de propulsion du sang veineux vers le cœur. Les effets utiles dépendent donc de la régularité rythmique du mouvement, de l'impression agréable qu'en éprouve le malade, et cette action est comparable, *mutatis mutandis*, à l'effet calmant produit sur une personne qui nage en mer, par le balancement rythmique des vagues. La conclusion pratique de ceci est que celui qui pratique la méthode doit être habile, et qu'elle doit être pratiquée seulement dans les meilleurs conditions possibles de commodité pour le malade. Avec des chaises et des lits peu commodes, il n'y a rien à faire. Les résultats obtenus dans de telles conditions ne comptent pas. Ils sont forcément mauvais.

Les mouvements actifs, ai-je dit, produiraient leur effet utile par une action analogue à celle des mouvements passifs de circumduction, mais surtout par l'appel de sang qui se fait vers tout muscle qui travaille. Il en résulterait une dérivation du sang vers la périphérie et une diminution du travail pour le cœur. Le fait est exact, bien entendu, mais il ne suffit pas, pour expliquer les phénomènes qu'on observe du côté du cœur, à la suite des contractions musculaires volontaires. Leur influence sur l'action cardiaque est en réalité beaucoup plus complexe. Nous ne pouvons pas entreprendre, dans cette brève étude, de l'exposer d'une façon complète. Nous nous bornerons à faire remarquer que l'action première sur le cœur de tout mouvement actif est une excitation, une augmentation de la pression artérielle malgré la vaso-dilatation périphérique. Quant à la fréquence des battements, elle est différemment influencée suivant le genre des mouvements exécutés, et j'ai surtout en vue ici leur plus ou moins grande lenteur.

Il y a trois façons d'augmenter la dose, quand il s'agit de régler les exercices actifs des malades :

1° Augmenter la charge ;

2° Augmenter le nombre des mouvements ;

3° *Diminuer* la rapidité de la contraction musculaire.

Quand on demande au malade d'exécuter des mouvements très lents, des mouvements d'*inhibition*, comme on pourrait les appeler, avec régularité, on lui impose un effort de volonté en rapport direct avec la lenteur, mais en rapport indirect avec la charge, car il est plus facile de faire des mouvements très lents contre une résistance modérée que sans aucune résistance. Cette tension de la volonté retentit sur le cœur. La pression artérielle s'élève, mais la fréquence diminue, si l'on ne dépasse pas certaines limites, et surtout si l'on ne répète pas les mêmes mouvements plusieurs fois de suite et si on les espace suffisamment. Les exercices d'inhibition conviennent admirablement aux cardiaques valvulaires dans les premières phases de l'hyposystolie, mais il faut savoir les manier. Les névropathes les supportent quelquefois mal.

Après la première phase d'élévation de la pression artérielle, et si l'on pousse les exercices un peu loin, soit comme durée, soit comme intensité, surtout comme durée, il survient une seconde phase de tachycardie et d'abaissement de la pression. Ce changement s'effectue quelquefois brusquement et coïncide alors avec le commencement de la transpiration cutanée, ce qui prouve qu'il s'agit, là encore, d'un phénomène nerveux, d'une réaction de défense naturelle contre le surmenage du cœur. Il va sans dire que cette phase ne doit être atteinte, quand il s'agit de soigner des cardiaques, que très exceptionnellement. Les auteurs classiques posent comme règle absolue, que la fréquence du pouls doit toujours diminuer après une séance de gymnastique. J'admets des exceptions. Le meilleur critérium qu'on n'a pas dépassé la mesure, est que le pouls ne soit pas plus fréquent le lendemain et qu'il diminue progressivement pendant le traitement, malgré une accélération passagère après chaque séance.

En somme, il est fort douteux que les mouvements volontaires puissent jamais servir à diminuer le travail du cœur. Leur rôle véritable est de servir, grâce aux procédés de dosage qui permettent de réduire l'effort à un minimum et de l'augmenter insensiblement, comme moyen d'entraînement, dans les premières périodes de décompensation des maladies valvulaires. On peut, en effet, dans bon nombre de cas, obtenir des résultats très favorables dans ce sens, chez des sujets encore relativement jeunes. Si le mot entraînement effraie les timides, on pourra lui substituer un autre, la « rééducation des mouvements du cœur », par exemple. Cela ne change rien à la chose. Dans les cas plus graves et surtout dans l'asystolie avérée, il faut avoir recours aux procédés qui diminuent réellement le travail du cœur et qui décongestionnent les viscères, c'est-à-dire au massage sous forme de pétrissage des muscles et du ventre et aux vibrations. Les lecteurs de ce journal connaissent trop bien les services que peut rendre le

Digitized by Google

massage dans les maladies du cœur, pour qu'il soit utile d'en reparler.

Nous arrivons maintenant et pour terminer à l'utilisation des *mouvements respiratoires*. Il est possible d'augmenter l'amplitude des respirations, soit du côté de l'inspiration, soit du côté de l'expiration. La gymnastique suédoise n'utilise, dans le traitement des maladies du cœur, que les inspirations forcées. Leur but est une oxygénation plus complète du sang, ce qui pourrait bien être une illusion, et aussi « d'activer le cours du sang en l'aspirant vers le cœur et principalement dans la petite circulation, en facilitant le passage du sang à travers le poumon » (*Wide : Traité de gymn. méd. Suèd. Traduction de Bourcart, Genève*). Elles sont considérées comme formant une partie très importante du traitement kinésique. « Il est important de faire exécuter aux malades autant de mouvements de respiration que possible » (*Wide : b. c.*)

Nous allons donc étudier, comment agissent réellement les mouvements respiratoires sur la circulation du sang, et nous verrons si les inspirations forcées sont capables de diminuer le travail du cœur. La question est plus compliquée que ne le veulent admettre les esprits simplistes. Plusieurs facteurs sont à considérer. Pendant l'inspiration les facteurs suivants agissent pour augmenter la pression artérielle : (*Figerstedt*).

1° L'aspiration du sang vers le cœur droit augmente ;

2° La diastole du cœur est facilitée ;

3° Les vaisseaux du poumon se dilatent et le cours du sang vers le cœur gauche est facilité ;

4° La pression intra-abdominale augmente à cause de l'abaissement du diaphragme, ce qui augmente la masse de sang qui se dirige vers le cœur droit.

Les facteurs suivants agissent en sens inverse et tendent à abaisser la pression artérielle :

1° La systole est rendue plus difficile à cause de l'augmentation de la pression négative dans le thorax ;

2° Au commencement de l'inspiration les vaisseaux du poumon se dilatent et retiennent une certaine quantité de sang. Celle qui arrive dans l'oreillette gauche s'en trouve diminuée d'autant.

On n'a qu'à renverser ces facteurs pour trouver comment agit l'expiration. En plus de ces facteurs de nature mécanique, il faut également tenir compte d'une action réflexe partie des nerfs sensitifs de la muqueuse des bronches, et qui tend à augmenter la pression artérielle pendant l'inspiration.

Le résultat final de toutes ces actions diverses est celui-ci : la pression artérielle s'élève vers la fin de l'inspiration et s'abaisse vers la fin de l'expiration. Mais si cela est vrai pour une respiration isolée, il est logique de penser qu'une série d'inspirations profondes doivent augmenter la pression d'une façon plus durable et, qu'inversement une série d'expirations forcées doivent l'abaisser. C'est, en effet, ce qui arrive. Les expériences que j'ai entreprises à ce sujet dans le service de M. Huchard le démontrent pleinement. La fréquence du pouls suit une courbe parallèle. Elle augmente dans les inspirations et diminue dans les expirations. Mais alors, comment peut-on soutenir qu'il faut faire aux cardiaques « autant de mouvements d'inspirations que possible ? » Ils augmentent le travail, non seulement du ventricule gauche, puisqu'ils élèvent la pression périphérique et aussi celui du cœur droit, puisqu'ils aspirent et poussent le sang vers lui. Le cours du sang se trouve activé par les inspirations profondes, c'est exact, mais parce qu'elles imposent un surcroît de travail au cœur et non parce qu'elles le soulagent. Elles peuvent être utiles, mais seulement dans les cas où le cœur est assez résistant. Dans tous les cas notamment, où il existe de la congestion passive des poumons, je considère qu'il est infiniment plus logique de faire des expirations par compression de la base du thorax à la fin de l'expiration naturelle. Ce procédé, au lieu de dilater les vaisseaux intra-pulmonaires, déjà trop dilatés, tend plutôt à les vider.

Au point de vue de la sensation subjective de bien-être que produisent les respirations profondes chez les dyspnéiques, les expirations profondes la réalisent aussi bien et quelquefois mieux que les inspirations profondes. Le renouvellement d'air dans les poumons s'opère aussi bien avec celles-ci qu'avec celles-là.

Les exercices respiratoires jouent encore un autre rôle de première importance, celui de développer la cage thoracique, quand elle est étroite, chez les jeunes gens. Cette *étroitesse thoracique* est une cause fréquente de troubles fonctionnels du cœur. M. Huchard y insiste souvent. Les exercices des muscles extenseurs du front et de la tête, du trapèze, des rhomboïdaux, et des grands et petits pectoraux et du grand dentelé, quand le point fixe est leur insertion scapulo-humérale, conviennent particulièrement dans ces cas. La gymnastique suédoise a formulé les règles qui doivent dominer ces exercices d'une façon très heureuse, on pourrait presque dire géniale. C'est là son plus grand mérite.

En résumé, la gymnastique suédoise et le massage sont des instruments admirables dans le traitement de certaines maladies du cœur. Ce n'est pas la faute de son créateur, le célèbre Ling. — Krikors.

Digitized by Google

Clinique des Hôpitaux

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinski

L'hystérie

Selon la définition de M. Babinski l'hystérie est un état psychique caractérisé par une particularité essentielle. Cet état donne naissance à diverses manifestations susceptibles d'une manière rigoureuse d'être reproduites par auto-suggestion. Qu'est-ce donc que la suggestion? L'insinuation d'une idée déraisonnable. On dit à un homme : « vous êtes paralysé d'un bras », le bras se meut en effet avec plus de peine. Une suggestion déraisonnable a fait le mal. La suggestion explique un bon nombre d'états primitivement attribués à l'hystérie. Ainsi l'hypnotisme. D'après Charcot cet hypnotisme se composait de trois phases de phénomènes : 1° l'état léthargique, 2° l'état cataleptique, 3° le somnambulisme. Telle était la doctrine admise en 1885. M. Babinski montre que cette succession d'états divers n'est qu'un effet de la suggestion.

Voici une jeune fille hystérique de vieille date avec diminution de la sensibilité à droite. M. Babinski la fixe ; en quelques secondes, elle tombe en période léthargique ; elle paraît dormir profondément, semble étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle, présente une abolition totale de la sensibilité. Les membres sont flasques ; la compression des masses musculaires produit au contraire de la contracture. C'est ce que Charcot appelait hyperexcitabilité neuro-musculaire. La contracture disparaît par la friction des muscles antagonistes. La pression des nerfs détermine d'autre part une contracture de même ordre; la pression du nerf facial est suivie d une contracture de la face, celle du nerf cubital de la griffe qu'on a appelée cubitale.

M. Babinski ouvre les yeux de la malade. C'était le procédé employé pour entrer dans la phase cataleptique. La malade reste en apparence insensible, seulement les membres ne sont plus flaccides. Ils conservent l'attitude qu'on leur imprime ; aucune contracture ne suit la compression des masses musculaires. Mais l'expression de la face n'est pas inerte; elle est commandée par le geste. Serrons les mains du sujet : il fronce les sourcils; portons sa main à la bouche comme dans le geste d'envoyer un baiser ; la lèvre esquisse un sourire. En n'ouvrant l'œil que d'un côté, c'est ce côté qui tombe en catalepsie, l'autre restant en léthargie. En sorte qu'on peut produire une hémi-léthargie, une hémi-catalepsie à volonté.

La troisième phase, celle du somnambulisme était amenée par la friction du front. M. Babinski frictionne le front de sa malade ; celle-ci ouvre les yeux, paraît éveillée ; la pression des masses musculaires ne produit plus de contraction : on souffle dessus, la contracture se produit. En outre la malade est suggestionnable. Elle accomplit divers actes (cueillir au milieu de la salle une fleur imaginaire, s'asseoir sur les genoux d'un auditeur dans la salle qu'on lui dit être vide, etc.) que lui suggère M. Babinski.

Une suggestion commandée en pareil état a-t-elle pouvoir de conduire, quand elle est criminelle, à des actes délictueux ? Sur des sujets à mauvais instincts, sans doute. Sinon et quand le fond est honnête, le sujet résiste, est pris d'angoisse au moment d'accomplir l'acte et tombe en une crise d'hystérie, laquelle détruit la suggestion.

Or ces trois phases de léthargie, de catalepsie, de somnambulisme ne constituent que des phénomènes de suggestion. La malade exécute les mouvements qu'on espère obtenir d'elle. Dans la phase léthargique, ce n'est pas la compression des masses musculaires qui amène la contracture, c'est l'idée qu'a la malade qu'elle doit se contracturer. Il suffit de lui dire que les masses musculaires ne se contracturent pas : elles restent flasques.

De même dans la catalepsie. Le bras levé reste en l'air ; mais si on affirme qu'il va tomber, il tombe en effet. La fixation du regard produit le sommeil ; une simple suggestion amène un résultat pareil. La malade s'endormira à l'instant où elle entendra un certain bruit, le choc du talon contre le sol, par exemple. Elle s'endort comme il était commandé.

Donc l'hypnotisme n'est autre chose que de la suggestion ; être hypnotisé, c'est présenter des manifestations qui sont le résultat de la suggestion. Toutes les manifestations hystériques peuvent être reproduites par suggestion : telles les paralysies. M. Babinski donne à son sujet en phase léthargique une monoplégie brachiale, une crise avec arc de cercle et convulsions, une anesthésie. Celle-ci toutefois n'existe qu'en apparence. La malade ne sent pas, mais la sensation lui parvient dans les régions subconscientes du cerveau et impressionne le souvenir. On tourne par exemple trois fois le pouce du sujet; il ne sent rien. Un instant après on lui dit de choisir un chiffre. Il choisit le chiffre 3. La sensibilité est exquise, mais subconsciente.

Si le premier caractère de l'hystérie est d'ouvrir la porte à la suggestion, le second est de faire disparaître les accidents par persuasion. La suggestion introduit dans l'esprit l'idée d'un acte déraisonnable: avec la persuasion, c'est l'idée de l'acte raisonnable qu'on fait pénétrer.

Or il n'est pas d'affection mentale qui se comporte de la sorte. Les mélancoliques ne guérissent pas par persuasion ; la maladie du doute résiste (angoisses, crainte de toucher un objet, etc.).

Il serait cependant trop dire que de promettre la

Digitized by Google

guérison de tous les accidents hystériques. Les contractures, paralysies, anesthésies qu'on peut considérer comme accidents primitifs, cèdent fort bien en général et dans le début. Mais l'atrophie musculaire ne peut passer de la sorte, de même que le médecin, au contraire des accidents primitifs, n'est pas capable de la développer par suggestion. Il en est de même de l'abolition des réflexes tendineux, de la réaction de dégénérescence, du signe d'Argyll-Robertson, toutes manifestations que la suggestion n'est pas apte à reproduire.

Quand on trouvera ces signes sur un malade, ce pourra être un hystérique; mais cet hystérique sera encore autre chose.

M. Babinski montre une jeune fille, sujette à de grandes attaques. Elle boîte, a de la claudication, souffre de la hanche et de la jambe. On croirait volontiers à des phénomènes névropathiques. Mais il existe une abolition du réflexe achilléen. Ce signe indique une névrite. C'est une hystérique qui en plus souffre d'une lésion locale d'un nerf périphérique.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Lucas-Championnière

L'ablation des tumeurs malignes du sein

On peut dire qu'il n'y a pas de morts dans l'amputation du sein. Sur 156 opérations, M. Lucas-Championnière compte 4 morts : l'une des malades qui ont succombé était hémiplégique et réclamait l'ablation du sein, la seconde prit un érysipèle de la face dans le service, la troisième était très infectée, ayant reculé l'opération à la dernière extrémité; une congestion pulmonaire l'emporta. Quant à la quatrième, elle fut éthérisée et succomba à une broncho-pneumonie. L'issue fatale post-opératoire est une exception ; la guérison s'opère dans la quinzaine.

Mais la récidive guette et celle-ci est immanquable. Elle se produit toujours quand il s'agit d'un cancer. Elle tarde plus ou moins longtemps, peut être reculée à plusieurs années de distance; M. Lucas-Championnière observe une malade opérée depuis 16 ans. Elle avait déjà subi une première opération un an avant qu'il intervînt; la récidive s'était produite localement et des ganglions malades occupaient l'aisselle. L'ablation pratiquée a amené la guérison qui, depuis 16 ans, ne s'est pas démentie. Il n'est pas dit toutefois qu'une récidive ne se produise pas par la suite, si vraiment il s'agissait d'un cancer, et non d'une mastite, comme M. Lucas-Championnière est parfois tenté de se le demander.

La récidive est rarement locale: les récidives locales se retrouvent surtout dans les opérations pratiquées par les débutants, alors que l'ablation est faite trop parcimonieusement. Le plus souvent, la tumeur reparaît dans les ganglions sus-claviculaires; les ganglions de l'aisselle sont bien moins atteints par les récidives. Celles-ci affectent aussi d'autres organes, la colonne vertébrale particulièrement. M. Lucas-Championnière a noté trois fois la récidive dans le sein du côté opposé. Une de ces récidives avait tardé dix ans.

L'ablation de la tumeur, dans ses procédés de technique, a passé par des phases diverses. Jadis on n'enlevait que la tumeur, puis on étendit l'amputation à tout le sein, puis ce fut au tour des ganglions malades d'être extirpés, puis ce furent tous les ganglions, malades ou non.

Un progrès moins évident fut celui qui consista à enlever des portions de muscles, le faisceau inférieur du grand pectoral, puis le petit pectoral, puis le faisceau supérieur du grand pectoral. Les récidives, dans les opérations bien faites, n'atteignent pas les pectoraux; les voies lymphatiques ne les traversent pas; celles-ci passent par l'aisselle et la région sus-claviculaire. Voilà les territoires qu'il convient d'attaquer. On extirpera même des portions de peau, ne gardant que ce qui est nécessaire pour la réunion; avec les ganglions sera disséqué et enlevé le tissu cellulaire qui leur fait corps. Le chirurgien ne sera pas ménager dans ses excisions dans les régions suspectes. Il dirigera une incision unique du sein à l'aisselle et n'opèrera pas comme faisaient les chirurgiens de jadis ; ceux-ci pratiquaient une double incision, l'une au sein, l'autre à l'aisselle, laissant dans cet intervalle des vaisseaux qui pouvaient être infectés.

Certains chirurgiens ont prétendu que les ganglions représentant une défense de l'organisme contre l'infection cancéreuse, il convenait de les respecter. Oui, si les ganglions opposaient une barrière efficace à l'envahissement ultérieur. Il n'en est malheureusement pas ainsi. Un ganglion cancéreux n'exerce nullement une action protectrice; il faut l'enlever sans hésiter et avec lui tous les ganglions sains ou paraissant tels. Quant aux pectoraux, on n'y touchera pas, d'abord parce que leur ablation serait inutile et ensuite parce qu'elle apporterait une entrave encore plus marquée aux mouvements du bras.

L'opération sera terminée par un lavage à l'acide phénique et à l'eau oxygénée; le chlorure de zinc serait à recommander s'il ne déterminait pas des souffrances aussi vives. La plaie sera réunie, la récidive apparaissant moins vite quand la suppuration manque. On introduira un drain mais non dans la ligne de suture qu'il risquerait de faire sauter; on le fixera à une autre place et en arrière de la plaie. Quant au traitement interne, M. Lucas-Champion-

Digitized by Google

nière use de la magnésie anglaise qu'il recommande par analogie et en raison de son action fondante sur les papillomes. Le cacodylate de soude lui a donné également de bons résultats; un de ses malades atteint, suite d'un cancer de la bouche, d'une énorme masse ganglionnaire du cou a vu son état rester stationnaire par l'usage quotidien de hautes doses de cacodylate (40 centigr. par jour, en injections sous-cutanées).

M. Lucas-Championnière cite pour mémoire une intervention recommandée en Amérique : l'ablation des ovaires. Quelle est l'influence de cette intervention sur la marche des tumeurs du sein ? Des chirurgiens autorisés l'affirment favorable. Les résultats paraissent assez douteux ; pendant la ménopause, peut-être, auraient-ils chance d'être plus appréciables.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

L'Association corporative des Étudiants en Médecine.

Le 12 juin 1902, s'est fondée « l'Association corporative des Étudiants en Médecine ». Son siège est fixé à Paris, 21, rue Hautefeuille. Elle a pour but, en même temps que de favoriser le développement moral des idées professionnelles, de faciliter l'instruction de ses membres, de prêter appui aux étudiants de la province et de l'étranger, de renseigner les nouveau-venus sur leur installation dans la capitale. Voilà d'excellentes vues et qui s'inspirent des nécessités immédiates. Nous y applaudissons sans réserve.

Débarqué à Paris, l'étudiant de province ne sait où se rendre. La grande ville le dépayse, il hésite sur l'organisation de son travail. Comment conduire sa barque ? Quels cours, quels travaux pratiques fréquentera-t-il ? Ou vaut il mieux qu'il travaille chez lui ? Je ne sais quels conseils lui lui seront donnés par mes jeunes confrères. S'ils me permettent toutefois de mêler ma voix à la leur, je hasarderai un vœu qui touche à l'emploi du temps dans la matinée. Il n'est qu'une manière de passer ses matinées et dès la première année de médecine : c'est d'aller à l'hôpital. La clinique n'est pas inscrite au programme des études comme entrée en matière ; c'est une lacune. L'étudiant n'aura jamais trop fréquenté l'hôpital ; pendant ses cinq où six années d'études, ce sera de sa part une heureuse tactique toute dirigée dans le sens de sa réussite ultérieure de praticien, de ne pas manquer un seul matin le service qu'il aura choisi. Sans doute et dans les premières semaines, il sera troublé par le manque de connaissances préalables, il comprendra mal, ressentira quelque vertige à l'énoncé de tous ces termes techniques avec lesquels il n'est pas familier. Qu'il ne se décourage pas ; l'initiation s'opérera rapide. Sa curiosité en éveil aura vite fait de cueillir les renseignements, de se munir, de se fortifier de manière à permettre une évolution aisée à travers les formes de maladie qui occuperont les lits de la salle. Puis, peu à peu, les grandes lignes de la pathologie étant apprises, apparaîtront les singularités, les exceptions, les difficultés. L'étudiant observera la signature individuelle dont chaque sujet marque les troubles dont il se plaint, apprendra à faire la part des prédispositions, des tempéraments particuliers, notera avec soin l'évolution du mal, se pénétrera du traitement efficace. Le médecin est fait pour soulager et guérir. Cela, l'étudiant l'apprendra sans doute à l'école ; mais combien d'une manière plus vivante et plus profitable à l'hôpital ! Nombre de cours de la Faculté, ceux de pathologie interne, externe, d'autres encore n'apparaissent trop souvent que comme des cadres qui enserrent des formules schématiques et sèches, et parce qu'elles sont schématiques, n'atteignant pas à la vérité, et parce qu'elles sont sèches, ne s'adressant qu'à la mémoire. Tout cela est théorique et artificiel. Pareille nourriture pénètre laborieusement, est absorbée avec un maigre profit, toutes les notions qui relèvent de la mémoire étant mal gardées dans le souvenir, si pour les y maintenir, elles ne sont pourvues de l'appui indispensable : la leçon de choses, la leçon pratique, celle qu'on reçoit à l'hôpital et qui s'adressant non pas seulement à la mémoire, mais aux sens de la vue et du toucher, se grave dans l'esprit en impressions ineffaçables et fortes.

En se proposant de servir de guide aux débutants, mes jeunes confrères de l'A. C. ont entrepris une tâche élevée et utile.

Avec la réalisation de tous les autres vœux qu'ils ont inscrits au programme, c'est une haute œuvre de solidarité qu'ils entreprennent. Que la jeune association où tant d'éléments d'intelligence, de généréosité et d'activité ardente apportent leur concours, reçoive de la part du *Journal des Praticiens* tous ses vœux de prospérité et de succès.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les dangers du sucre. — Le sucre est un aliment, sans doute : c'est un aliment énergétique en particulier. Mais il n'en faut pas abuser. C'est du moins l'opinion qu'émet M. G. Bunge. Pourquoi ? demandera-t-on. C'est que, d'après le physiologiste en question, le sucre de canne pur manque de chaux et de fer. Or la chaux et le fer sont nécessaires à l'organisme. Il vaudrait mieux consommer le sucre sous forme de légumes et fruits riches en hydrates de carbone. Et le miel, que vaut-il ? Peu de chose aussi : il présente le même inconvénient ; lui aussi manque de chaux et de fer. On observera d'ailleurs qu'étant donnés tous les désavantages que tous les hygiénistes reconnaissent à tous les aliments, ou peu s'en faut, il serait à peu près impossible de se nourrir, si l'on voulait régler son alimentation sur les préceptes de l'école.

(Revue scientifique).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

La pneumonie

. Des médications multiples sont ordonnées contre la pneumonie. Des esprits sceptiques annoncent qu'elles sont toutes inutiles et que le traitement de la pneumonie n'existe pas. Et pourtant il faut prescrire quelque chose. Si vous ne formulez pas des potions, le malade perd confiance. Survienne l'aggravation habituelle des 4e et 5e jours, il appelle un autre médecin.

Dès le premier jour, quelques ventouses scarifiées ayant été appliquées sur le côté douloureux et le malade ayant été soumis à une diète liquide (tisanes de tilleul, bourrache en infusion, en abondance, lait mêlé de ces mêmes tisanes), le praticien ordonnera la potion suivante :

Feuilles de digitale en infusion	40 centigr.
Ergotine Bonjean.....	2 grammes
Sirop cinq racines.....	50 —
Eau.....	100 —

Cette potion sera continuée 3 jours. L'intéressant article de M. le Dr George (n° 36) montre les avantages de l'ergotine dans la pneumonie. Quant à la digitale, bien que son action dans l'espèce soit très inégale, comme nous l'avons démontré antérieurement (*Journal des Praticiens*, 1900, p. 531), il suffit que d'autres observateurs en aient signalé les avantages pour que nous n'hésitions pas à prescrire un médicament qui offre au moins l'avantage de ne jamais nuire.

Nous avons également utilisé la méthode de Talamon qui consiste, on le sait, dans l'injection de sérum antidiphtérique (20 à 40 cent. cubes injectés le premier jour et renouvelés les jours suivants, si cela ne va pas mieux (*Journal des Praticiens*, 1901, p. 156). Il ne nous a été possible de recourir à la médication que lorsque le mal était déjà avancé et les malades dans un état grave. Ils sont morts (3 cas). Appliqué dès le premier jour, le procédé semble donner de bons résultats.

Après les trois jours de potion de digitale et d'ergotine, le praticien prescrira au gré de la fièvre et des forces du patient, soit une potion de quinine, de liqueur ammoniacale anisée, d'acétate d'ammoniaque ou d'extrait de quinquina :

Chlorhydrate de quinine	80 centigr.
Sirop de groseilles.....	50 grammes
Eau distillée.....	100 —

A prendre par cuillerées.

Liqueur ammoniacale anisée..	2 gr. 50
Sirop de fleur d'oranger.....	50 grammes
Infusion de bourrache.....	100 —

Acétate d'ammoniaque.....	10 grammes
Teinture d'écorces d'orange... } — de cannelle..... ... }	8 —
Sirop de quinquina.....	50 —
Eau distillée.....	100 —

Vers le 10e ou 12e jour, si, la fièvre étant tombée, la résolution traîne, on songera à l'application d'un vésicatoire et à une potion à la poudre de Dower :

Poudre Dower.....	0 gr. 50
Alcool. rac. aconit	20 gouttes
Oxymel scillitique.....	30 grammes
Sirop cinq racines.....	50 —
Infusion de bourrache.....	100 —

Les injections d'huile camphrée, (2,50/10) de sulfate de strychnine 0,001 avec sulfate de spartéine 0,05, de caféine 2,50/10 rendront des services en cas de défaillance cardiaque. Des lotions d'eau vinaigrée, toutes les 2 ou 3 heures, seront utilisées contre l'agitation fébrile.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement hydro-minéral dans les maladies de l'estomac. — C'est là une question fort controversée et le rapport de M. Albert Robin au *Congrès de Grenoble* a montré les difficultés pratiques qui entouraient la solution du problème. Il distingue : 1° les dyspepsies hypersthéniques ou par exagération de la fonction ; 2° les dyspepsies hyposthéniques ou par insuffisance de la fonction ; 3° les dyspepsies avec fermentation, celles ci pouvant compliquer l'une ou l'autre des premières formes.

1° *Dyspepsies hypersthéniques.* — Le choix d'une station est assez difficile. Les bicarbonates sodiques, augmentant l'HCl libre, sont contre-indiqués en principe. M. Linossier estime au contraire que l'*eau de Vichy* peut convenir en étant maniée avec prudence. Il est certain que des hypersthéniques sont parfois améliorés à Vichy. Cet heureux résultat ne saurait prévaloir contre la règle générale. Les eaux sédatives, c'est-à-dire peu minéralisées, conviennent de préférence ; c'est ainsi que les hypersthéniques anémiques seront envoyés à *Luxeuil* et *Plombières*, les hypersthéniques nerveux à *Néris*, à *La Malou*; *Brides* remédiera aux insuffisances intestinales et soutiendra l'activité hépatique.

2° *Dyspepsies hyposthéniques.* — Le traitement

Digitized by Google

hydrominéral en boisson donne facilement la stimulation désirée (*Vichy-Hôpital, Pougues-Saint-Léger (hyposthéniques irritables); Vals (Saint-Jean), Royat, (arthritiques anémiques).*

3° *Dyspepsies par fermentations gastriques.* — Le choix de la station sera déterminé par la nature de la dyspepsie qui s'est compliquée de fermentations. *Vichy, Pougues, Saint-Nectaire, Cauterets,* sont les stations de cure interne les plus indiquées. Certaines eaux laxatives, comme *Châtel-Guyon,* reconnaissent souvent une indication particulière : celle de l'antisepsie mécanique. L'eau de Châtel-Guyon élève le nombre de microbes éliminés et aide à la désinfection du tube digestif en excitant son péristaltisme. Comme cures balnéaires *Plombières, La Malou, Biarritz, Salies,* pourront être ordonnées.

Muni de ces données, le praticien possèdera quelques règles directrices. Elles lui seront souvent d'un grand secours. Que de fois cette question posée par le dyspeptique : A quelle station doit-il se rendre?

PÉDIATRIE

L'allaitement artificiel. — Lorsque, pour une raison motivée par l'état de santé de la mère (tuberculose, cancer, albuminurie avec accidents urémiques, affections organiques du cœur, lymphangite bilatérale, etc. (Voir n° 28), ou l'état de l'enfant (bec de lièvre, refus de téter), l'allaitement maternel ne peut être continué et que la famille ne puisse faire appel aux soins d'une nourrice, en pareilles conditions, l'allaitement artificiel s'impose.

Quel est le meilleur des laits à employer? On a préconisé le lait d'ânesse, le lait de chèvre, le lait de vache. Le lait d'ânesse se rapproche le plus du lait de femme; mêmes quantités de caséine (15 à 16 gr. par litre) et de lactose (60 gr.); il est facile à digérer, mais offre deux grands inconvénients : sa cherté et la faiblesse de sa valeur nutritive. Il ne convient guère qu'aux nouveau-nés, dans les deux premiers mois de la vie, quand les parents possèdent une certaine aisance.

Le lait de chèvre, plus riche en caséine (40 gr.), en beurre (47 gr.), en sels (6 gr.), est moins sucré que le lait de femme (43 gr. au lieu de 63 gr.). Les enfants le supportent fort mal.

Reste donc le lait de vache. Il est excellent, à condition qu'il provienne d'un animal en bonne santé et soumis à une hygiène convenable (étables propres, vaches bien nourries avec du fourrage sec, désaltérées avec de l'eau propre, ayant à portée de leur mangeoire, et comme excitant de la digestion, un bloc de sel gemme qu'elles pourront lécher à volonté. Eviter de nourrir les vaches par les drèches de brasseries et de distilleries, ces résidus contenant une forte proportion d'acide acétique). Au printemps, les vaches étant mises au vert, leur lait devient purgatif pour le veau et les nourrissons. Il y aura lieu de tenir compte de ce facteur de dérangement intestinal.

Pour obtenir un lait d'une composition uniforme, on mélangera non seulement le produit d'une traite, de façon à diluer le lait plus concentré de la fin dans le lait plus aqueux du commencement, mais encore tout le lait recueilli en une fois sur toutes les vaches d'une même étable. Les mains de la personne qui trait la vache seront l'objet d'un nettoyage préalable à l'eau et au savon ; de même le pis de la vache. Cette recommandation n'est que fort mal exécutée en pratique. Dernièrement, nous avons visité une grande laiterie des environs de Paris. Il y aurait eu fort à dire sur les soins de propreté plutôt médiocres auxquels s astreignaient les gens de service au moment de la traite. Reçu dans des vases en métal émaillé ou étamé très propres, le lait, aussitôt après la traite, sera refroidi, puis passé à travers un tamis très fin qui retiendra les impuretés.

Reste à obtenir sa conservation. Mieux que la congélation, mieux que la pasteurisation, un procédé plus simple y pourvoit : la stérilisation.

Celle-ci s'opère dans l'industrie à une température de 110 degrés, ou bien par les procédés domestiques de l'ébullition dans des stérilisateurs ordinaires. Peut-être vaut-il mieux la stérilisation à domicile; le Pr Budin la recommande; elle n'expose pas le lait aux hautes températures de la stérilisation industrielle, ces dernières pouvant avoir pour effet de compromettre davantage la valeur nutritive du lait. On a attribué certains cas de maladie de Barlow à l'emploi du lait stérilisé à de hautes températures.

Enfin, quand on est certain de la fraîcheur du lait, de sa provenance, et qu'on peut renouveler sa provision matin et soir, l'ébullition pendant 3 à 4 minutes peut suffire. Le lait bouilli sera ensuite versé directement dans le biberon chaque fois qu'il sera utilisé pour un repas.

M. Dhomond (*Ann. de Méd. et Chirurg. Infant.*, juillet 1902, et *Bulletin Soc. Méd. prat.*, 1902, p. 242) énonce d'autres précautions. Crainte d'altérations, on vérifiera le lait avant de le donner à l'enfant. Dégage-t-il une odeur désagréable, contient-il des caillots, montre-t-il une couleur foncée, on le rejettera sans hésiter.

Le lait stérilisé au bain-marie doit être consommé dans les vingt-quatre heures; celui de l'industrie ne peut être conservé plus d'une semaine, la matière grasse émulsionnée dans le lait venant, au bout de ce

Digitized by Google

temps, à flotter à la surface sous forme de beurre, d'où digestibilité moins grande du liquide, en raison de la condensation de la matière grasse. On agitera le lait au moment de s'en servir, afin de remettre les sels en suspension.

Tous les praticiens insistent sur la nécessité du nettoyage minutieux du biberon (biberon à tétine; tétine nettoyée, puis trempée dans l'eau bouillante après chaque tétée; biberon lavé, après chaque repas, avec de l'eau chaude additionnée de bicarbonate ou de borate de soude, frotté, puis passé à l'eau bouillante). On sait que le lait de vache, pour se rapprocher du lait de femme, doit être coupé d'eau, car il contient trop de caséine. On ajoute du sucre pour compléter la quantité d'hydrate de carbone nécessaire (2/3 de lait, 1/3 d'eau sucrée). A 4 ou 5 mois, le lait peut être donné pur. Rappelons, toutefois, que le Pr Budin et M. Variot n'attendent pas ce terme : ils permettent, au contraire, du lait pur à la plupart des nourrissons, et dès la naissance.

Les laits maternisés sont rejetés, car, bien plus sûrement que les laits stérilisés à hautes températures, ils risquent de provoquer la maladie de Barlow.

Quant à la quantité de lait à permettre au nourrisson, et les douze premières heures, pendant lesquelles on ne lui donne rien, étant écoulées, on lui préparera par repas et le premier jour 10 gr., le second jour 20 gr., le troisième jour 30 gr., du quatrième au septième jour 40 gr. Le reste du premier mois, on autorisera 75 gr. Dans le deuxième mois, on monte à 100 gr. et on augmente ensuite de 20 gr. tous les mois, ou tous les deux mois, jusqu'à 200 gr., dose donnée vers le neuvième mois.

Pendant le premier mois, le biberon sera donné toutes les deux heures dans le jour, et une ou deux fois la nuit. Vers deux mois et demi, l'intervalle des tétées sera de deux heures et demie; il montera à trois heures dans le quatrième mois. Les tétées de la nuit seront supprimées aussitôt que possible. Les bouillies de farine de froment, de semoule, de tapioca seront permises vers le huitième mois; à partir d'un an, on habituera l'enfant à boire au verre.

Toutes ces précautions sont bien connues de nos confrères : elles gagnent néanmoins à être rappelées de temps à autre.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Les indications dans le traitement du strabisme. — Le traitement du strabisme est une des questions le plus souvent posées au praticien. Un enfant louche, que faut-il faire? En pratique, il n'y a guère qu'à s'occuper du strabisme convergent et divergent. Je laisse de côté le strabisme paralytique qui se distingue par la limitation des mouvements à l'un des deux yeux et l'existence d'une diplopie en rapport avec la déviation. M. de Lapersonne formule les indications du traitement de la manière suivante (Paris, Naud, édit., 1902) :

1° *Strabisme convergent.* — Avant de parler d'une opération, il faut se munir de renseignements. Le plus souvent, le strabisme convergent s'est montré à l'âge de 3 ou 4 ans, au moment où l'enfant commence à fixer les objets rapprochés et à fatiguer son accommodation. Parfois, le trouble oculaire se montre dès la naissance et fait suite à un accouchement laborieux; parfois encore, il ne survient qu'à l'âge de 5 ou 6 ans, à l'occasion d'une maladie infectieuse, d'une fièvre éruptive, d'une affection convulsive, chorée, coqueluche. Dans des cas rares, une lésion locale le provoque : kératite ulcéreuse avec photophobie et blépharospasme.

Après s'être enquis de l'âge, le praticien s'occupera de l'état de réfraction. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'yeux à réfraction hypermétropique. Si l'hypermétrope veut regarder un objet proche — à 25 centimètres, par exemple — il est obligé de faire un effort considérable d'accommodation auquel répond un haut degré de convergence. Au début, la déviation est intermittente, à l'occasion de la fixation de près; puis le strabisme devient périodique, suit une colère, une fatigue quelconque de l'œil. Plus tard, il devient permanent.

L'acuité visuelle fournit aussi des renseignements; quand elle est plus faible d'un côté que de l'autre, c'est l'œil le plus faible qui est toujours dévié.

Pour apprécier le degré de strabisme, la difficulté est un peu plus grande. Il faut un périmètre et tous les praticiens n'en possèdent pas. En moyenne, la force musculaire du droit externe doit être représentée sur l'arc périmétrique par une déviation de 40 à 45°, celle du droit interne par une déviation de 40°. Au-dessous de ce chiffre, la force musculaire serait diminuée.

L'étude des antécédents héréditaires et personnels terminera l'examen. En général, il existe une hérédité nerveuse très marquée. Plusieurs de ces éléments s'accordent à démontrer qu'à son origine, le strabisme est un trouble fonctionnel tenant moins à des altérations musculaires qu'à une incoordination de la convergence.

Le traitement découle de cette donnée. On présente au praticien un enfant de 4 à 5 ans qui a commencé de loucher depuis quelque temps. Il déconseillera l'opération, celle-ci étant inutile et ne donnant pas toujours de bons résultats. Mieux vaut se contenter de prescrire des verres appropriés qui corrigeront surtout l'astigmatisme concomitant. Au besoin, l'ac-

Digitized by Google

commodation peut être paralysée à l'aide d'instillations d'atropine.

M. de Lapersonne ne se loue pas de l'usage prolongé des mydriatiques. Le moyen est gênant pour l'enfant; pour être efficace, il doit être employé pendant des mois et même des années sans discontinuer. Mais il rachète son action précaire par la commodité de son emploi. Le praticien pourra toujours utiliser les instillations d'atropine en attendant qu'il adresse son petit malade à un spécialiste.

Il a même entre les mains des procédés plus simples et d'une efficacité mieux assurée. Si la recherche de l'acuité visuelle révèle dès les premiers examens une diminution notable de la vision de l'œil strabique, sans lésion appréciable des milieux, il emploiera un bandeau occlusif appliqué sur l'œil sain. M. de Lapersonne se sert, à cet effet, d'un petit bandeau de forme ovalaire, garni de carton, en ayant soin d'appliquer directement sur les paupières une ronde de gaze et de l'ouate, de façon à empêcher que l'enfant regarde au dessous de son bandeau. Au début, ce bandeau — louchette-imperforée, comme on l'appelle — sera difficilement supporté plus d'un quart d'heure, trois à quatre fois par jour, mais bientôt il sera nécessaire de le faire porter du matin au soir. Grâce à cet excellent moyen, les acuités visuelles se relèvent souvent avec rapidité.

Le stéréoscope, recommandé par nombre d'auteurs, donne des résultats moins bons. Les enfants y regardent mal et s'en lassent vite.

On ne songera au traitement chirurgical que vers l'âge de 10 ou 11 ans, si le traitement médical a échoué jusque-là. C'est dans de telles conditions que la ténotomie des droits internes, l'avancement capsulaire de l'un ou des deux droits externes pourront donner des résultats.

2° *Strabisme divergent.* — Si le strabisme convergent est dû à l'hypermétropie, c'est au contraire la myopie et plus rarement l'amblyopie qui produisent le strabisme divergent. Très rarement il est d'origine congénitale. Cette forme de strabisme est le plus souvent précédée par une fatigue des muscles adducteurs; au début, le malade voit souvent double lorsqu'il regarde de près, mais ce trouble arrive bien plus tard que pour le strabisme convergent. Il ne s'établit guère que vers l'âge de 10 à 15 ans.

Le traitement médical, d'efficacité moins assurée, consistera au début dans l'emploi des verres concaves. On en prescrira de deux sortes : les uns, plus forts, appropriés pour la distance; les autres, plus faibles, pour la lecture et le travail de près. On paralyserait au besoin l'accommodation par l'atropine si l'on soupçonnait un spasme accommodatif. Il est bien entendu qu'il faudra corriger également la totalité de l'astigmatisme.

Communément, il faudra recourir à l'intervention chirurgicale rapide (avancement capsulaire des deux droits internes, la ténotomie des droits externes est peu utile).

CLINIQUE MÉDICALE

De l'élément psychique dans les maladies chroniques. — « Il y aurait beaucoup à dire, écrivions-nous il y a quelques semaines (n° 24) sur la participation de l'élément psychique dans les maladies chroniques et sur la persistance que cet élément est apte à apporter dans le tableau symptomatique. Ecartez cet élément, du coup les signes morbides sont allégés et le malade va mieux, fût il atteint de la maladie organique la plus grave ». Ces lignes se rapportaient à plusieurs cas d'albuminurie infectieuse ancienne dont la guérison avait suivi un changement de régime et la reprise d'une alimentation ordinaire. Il nous semblait en pareil cas qu'à côté de l'élément réparateur apporté par des substances plus nutritives il fallait aussi compter, car plusieurs de nos albuminuriques étaient devenus des nerveux obsédés de leur mal, avec le coup de fouet cinglé sur le système nerveux par la confiance rendue au malade. Et ce n'est pas seulement sur des albuminuriques qu'agit le réconfort d'une parole d'espoir nettement formulée et renforcée par l'effet que produit toujours sur l'esprit du malade une modification radicale de régime quand celle-ci est possible. Les tuberculeux, les cancéreux, pourquoi changent-ils si souvent de médecin? Parce que la longueur du mal les décourage ; c'est une raison. Mais il en est peut-être une autre : à chaque nouvelle ordonnance un mieux s'est produit, mieux passager sans doute, mais qui ne confirme pas moins le malade dans cette opinion qu'à force de changer de médecin, il tombera peut-être sur le bon et éprouvera de la sorte un mieux durable. C'est qu'à chaque prescription d'un nouveau confrère, le malade a repris confiance et l'effet de cette confiance reconquise s'est traduit par une amélioration temporaire. Récemment M. Lévy a insisté sur de pareils faits (n° 31 et 32); n'a-t-il pas montré les effets rapides de la psychothérapie dans des cas de sciatique rebelle ?

C'est là l'influence heureuse de l'élément psychique dans les maladies chroniques ; mais cette influence peut aussi s'exercer dans un autre sens et pousser à l'aggravation du mal si le médecin n'intervient pas pour remonter les pauvres chroniques. Des symptômes peuvent être produits par auto-suggestion du malade, de même qu'ils peuvent être réduits par la

Digitized by Google

ion du médecin. Le psychisme du malade fait ı mauvais sens ce que l'intervention du mé- btiendra dans le sens contraire. C'est ainsi le Pr Bernheim publie un mémoire fort cu- ır l'élément psychique dans l'hémianesthésie ıue (*Revue de Méd.*, 10 août 1902). Il qu'une hémianesthésie organique, d'origine ire, peut survivre à la lésion et être conser- auto suggestion. Deux observations de ma- teints d'hémianesthésie organique (lésion dans ent retro-lenticulaire de la capsule de façon er les faisceaux sensitifs et sensoriels) ont vu t immédiatement amélioré par la suggestion. ıte la guérison ne fut pas complète, l'anes- ɔ disparut pas complètement. Un beau jour, stion continuée ne perfectionna plus les sen- Elle n'avait fait que dégager ce que le psy ıvait ajouté et remettre les anesthésies sensi- ɔnsorielle au degré adéquat à la lésion.

t du reste, ajoute M. Bernheim, que certains , dans des circonstances données, grossissent ɔ-suggestion leurs troubles fonctionnels ; leur médiocre devient excessive, une oppres- ère devient dyspnée anxieuse, une hypo-es- transforme en anesthésie. L'esprit actionné e résultant d'une impression réelle exagère pression et perfectionne le symptôme ; un me psychique s'ajoute à la lésion organique. roles du professeur de Nancy ont une portée considérable. Elles montrent combien le doit être circonspect, s'il ne veut, par son ion médicale, agir inconsciemment sur le t développer en lui des phénomènes d'auto- ɔn regrettables. — C. F.

ɔubles urinaires au cours de l'appendicite. roubles de l'appareil urinaire au cours de cite sont fréquents. Ils relèvent, le plus sou- ıne situation anormale de l'appendice, soit e au niveau de la vessie, soit qu'il se trouve t avec le rein droit, ce dernier étant sou- pié. Les troubles peuvent porter sur le rein, la vessie. Ferdinand Lancien (*Thèse Paris*, ıit une bonne étude de ces accidents.

ɔ du rein, on observe une vive douleur sié ıs la fosse lombaire droite. Les signes fonc- de l'appendicite sont observés. Vient-on à n trouve un appendice remonté et appliqué face postérieure du cœcum, au-dessous de té inférieure du rein droit. Riese (*Langen- chiv f. klinische Chirurgie*, 1899, vol. LX) les phénomènes de distension rénale consé- appendicite. Chez un malade, on pensa à un ı périnéphrétique ; une ponction pratiquée donna issue à 30 gr. d'urine. Les jours suivants, la tumeur s'affaissa, en même temps que le malade évacuait par sa vessie 1,200 gr. d'urine. La seconde observation concernait une jeune fille de 15 ans. Après plusieurs atteintes d'appendicite, survint un abcès périthyphlitique qui coïncida avec l'apparition d'une tumeur dans la région rénale droite. Une incision lombaire montra le bassinet considérablement augmenté. La distension du bassinet se complique d'ordinaire d'infection rénale ; la compression de l'uretère par des brides péritonéo-appendiculaires semble être la cause principale de cet accident.

Le Pr Edebohls (*Centralol. f. Gynæk.*, 8 oct. 1898) est allé plus loin ; non seulement l'appendicite causerait des désordres rénaux, mais ceux-ci, à leur tour, sont capables de faire de l'appendicite. C'est surtout le rein qui est coupable en pareil cas. Cette particularité tiendrait à la raison anatomique suivante : compression des veines mésentériques supérieures par le rein abaissé, la circulation en retour de l'appendice étant gênée par la compression des veines entre la tête du pancréas et la colonne vertébrale. Dans 12 cas relatés par Lancien, une néphropexie droite amena la guérison définitive d'une appendicite. Le Pr Edebohls recommande de pratiquer simultanément les deux opérations, néphropexie et appendectomie, comme il l'a lui-même fait quatre fois.

Le diagnostic de l'appendicite d'avec l'uréterite peut être fort délicat.

Les symptômes fonctionnels sont parfois les mêmes. Tuffier a publié deux observations où le diagnostic d'urétérite calculeuse et suppurée fut porté, les malades ayant eu précédemment des coliques néphrétiques. L'opération montra qu'il s'agissait d'une appendicite. Dans un autre exemple, présentant tous les signes d'appendicite avec fièvre, c'est au contraire une infection rénale avec calculs urétéraux et néphrétiques qui était en jeu. Ces deux erreurs peuvent donc être commises : prendre une urétérite pour une appendicite et une appendicite pour une urétérite.

Les troubles vésicaux au cours de l'appendicite se traduisent par de la dysurie, des mictions fréquentes, de la rétention. M. Lancien cite deux observations personnelles où les phénomènes urinaires retinrent seuls l'attention (rétention d'urine), les signes ordinaires de l'appendicite étant eux-mêmes très atténués. Ces troubles urinaires peuvent être d'origine réflexe ; mais le voisinage du foyer inflammatoire leur donne également naissance. En ce dernier cas, débutant par de la rétention, de la douleur à la miction, il peut arriver qu'ils se compliquent de l'ouverture, dans la vessie, de l'abcès appendiculaire. Cette ouverture se traduira par de la cystite, de la pyurie, de la pyélo-cystite. La fistule persiste et les phénomènes urinaires continuent, ou bien elle s'oblitère et

Digitized by Google

avec elle disparaissent les troubles urinaires. Le traitement sera très simple. Il consistera avant tout dans la suppression de l'appendice. L'opération sera suivie, dans la majorité des cas, de la disparition des troubles urinaires.

La tétanie d'origine palustre. — Au nombre des agents provocateurs de la tétanie, et ils sont nombreux, depuis les irritations stomacales jusqu'aux maladies infectieuses, il faut compter parmi ces dernières une maladie qui jusqu'à aujourd'hui n'avait pas été signalée, le paludisme. La malaria peut être une cause de tétanie très nette. M. Albert a publié une observation qui se rapporte à cette étiologie (*Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, avril 1902).

La tétanie a apparu chez un soldat en pleine atteinte de malaria, au milieu d'accès quotidiens. Elle a fait suite à des manifestations d'ordre pernicieux dont elle a paru un moment partager la grave signification. Il existe dans les formes pernicieuses de la malaria, des contractures musculaires et des crampes plus ou moins persistantes, mais celles-ci sont diffuses, sans siège électif. Elles n'impriment pas aux doigts l'attitude de la tétanie.

Chez le malade de M. Albert, le lendemain d'un jour où, la fièvre étant revenue, on avait pratiqué une injection de quinine, chez ce malade, les doigts des deux mains s'étaient réunis en forme de cône ; ils étaient pressés les uns contre les autres et se touchaient par leurs extrémités. Le malade ne pouvait les détacher ; il ne ressentait pas de douleur. Le phénomène était limité aux mains. les pieds étaient indemnes, ainsi que les muscles des jambes, de la cuisse, des avant-bras et des bras. En quatre jours les accidents avaient disparu.

NEUROLOGIE

L'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes. — Quand on percute le tendon d'Achille, la jambe étant en flexion à angle droit sur la cuisse et le pied ballant, ce dernier subit un redressement qui tend à le mettre en extension sur la jambe. C'est ce qu'on appelle le réflexe du tendon d'Achille, en tout comparable et superposable au réflexe rotulien. Comme le pense Babinski, il semble que le réflexe du tendon d'Achille existe chez la plupart des sujets normaux ; au point de vue de la fréquence, il ne diffère pas du réflexe rotulien.

Quand, dans des cas rares, il manque, cette absence ne veut pas dire un état pathologique ; comme le réflexe rotulien, le réflexe du tendon d'Achille peut faire défaut à l'état de santé. Mais c'est là une exception qui ne doit pas nous fermer les yeux sur ce qui se passe dans le tabes.

Déjà Babinski admettait non seulement la fréquence et la précocité de la disparition du réflexe achilléen dans le tabes, mais il estimait que cette disparition peut précéder et précède assez souvent celle du réflexe rotulien. Sur une quarantaine de malades incontestablement tabétiques, le réflexe achilléen était exclusivement troublé ou l'était beaucoup plus que le réflexe du genou.

M. Geger fait de cette question le sujet d'un travail récent (*Th. Paris*, 1902). Les observations recueillies dans le service de M. Raymond montrent la justesse des conclusions de M. Babinski. En général le réflexe achilléen disparaît avant le réflexe rotulien ; son examen pratiqué dans les cas frustes où à la première période de la maladie fournira, comme l'avait déjà avancé Babinski et plus souvent que le réflexe de la rotule, des données pour le diagnostic.

On sait que cet affaiblissement du réflexe achilléen se produit aussi dans la sciatique (sciatique névrite et sciatique névralgie) ; mais il fait défaut dans la sciatique hystérique. Cette dernière est en effet de nature psychique et l'altération organique du nerf qui existe sans doute aussi à un degré atténué dans la sciatique névralgie ne se rencontre pas dans la sciatique hystérique ; voilà pourquoi le réflexe achilléen n'est pas troublé d'ordinaire dans cette dernière maladie.

HYGIÈNE

Le Vin. — On a bien médit du vin dans ces dernières années et trop. Nous ne parlons pas des compositions vagues auxquelles certains industriels attribuent indûment l'étiquette de vin. Mais les vins acides, les vins plâtrés, si naturels soient-ils, ne conviennent pas toujours ; nombre d'estomacs ne les supportent pas. Par contre, le bon vin — non acide, non plâtré — ne fait pas de mal. Dans les dyspepsies hypochlorhydriques, il favorise la digestion ; dans les états de défaillance générale il rend de la vigueur, ramène la santé. M. le Dr Mauriac s'est exprimé dans ce sens au *Congrès de Montauban*. Il émet en outre d'autres propositions sur lesquelles il y aurait quelque peu à redire. Affirmer d'une manière générale que le vin pris modérément est favorable à la santé, cela est bien ; mais ajouter que l'usage régulier du bon vin naturel est le meilleur remède à opposer à l'alcoolisme, cela est trop. On s'alcoolise fort bien avec du vin, et il est puéril d'insister sur une vérité tellement évidente. Dans certaines régions viticoles, la Suisse romande par exemple, on boit surtout du vin blanc. L'alcoolisme y est fort répandu. Aussi ne

Digitized by Google

saurons-nous souscrire à la conclusion suivante de l'auteur : pour combattre efficacement l'alcoolisme, on favorisera l'établissement des restaurants de tempérance, d'où les alcools et les liqueurs alcooliques seront rigoureusement bannis, mais où on favorisera la boisson des bons vins naturels de France. Les conclusions de M. Mauriac, bien qu'adoptées à une forte majorité au Congrès, offrent ce danger : de faire considérer le vin comme une boisson particulièrement inoffensive, et cela n'est point. Je concède qu'un adulte a besoin de vin : je sais plusieurs de mes confrères tombés très bas et incapables du moindre effort, parce qu'ils s'étaient mis en tête de supprimer le vin à table. La dose moyenne nécessaire au maintien de l'énergie semble être, chez un homme dans la force de l'âge et se fatiguant modérément, de 20 à 25 centilitres deux fois par jour. Peut-être cette dose pourra t elle être portée à 75 centilitres ou 1 litre chez un travailleur des champs. Mais c'est là un chiffre qui ne saurait être dépassé. Ne croyons surtout pas qu'en propageant l'usage du vin on combattra l'alcoolisme, c'est en moralisant les masses et en élevant leur idéal. En démocratie, la tâche est ardue. Le sentiment d'orgueil qui exalte les amours-propres individuels, accepte malaisément de se soumettre à une règle, fût-elle inspirée par les plus sages préceptes d'hygiène. Combattre l'alcoolisme, c'est vouloir réduire les prétentions individuelles, éveiller les convictions désintéressées et fortes, créer l'esprit de discipline, développer les hautes facultés de l'âme, enseigner le respect et l'admiration. C'est donner à la fois à l'homme la notion de sa place équitable dans le monde et la conscience de sa dignité. Le but est malaisé à atteindre. Outrer les mérites du vin, c'est sûrement renoncer à y parvenir.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bourquelot lit un rapport sur la conférence internationale de Bruxelles qui a eu pour but d'unifier les formules des préparations pharmaceutiques utilisées dans les différents pays.

M. Laborde s'occupe de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone que la mort de M. Zola remet à l'ordre du jour. Ce sont les moyens mécaniques dont le plus efficace est l'emploi des tractions rythmées de la langue, ce sont ces moyens qui sont le plus assurés d'un résultat favorable. Les inhalations d'oxygène ne jouissent d'aucune vertu curative. M. Laborde cite plusieurs observations de guérison à l'appui de son dire (*14 octobre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Arachnodactylie. — Pour désigner l'apparence longue et grêle des doigts et des orteils que présente une jeune fille de 18 ans, M. Achard propose un nouveau nom : l'arachnodactylie par ressemblance avec les pattes d'araignée. Après la dolichosténomélie et l'hyperchondroplasie, voici venir l'arachnodactylie. De grâce, un peu plus de modération dans la création de nouveaux termes. La Société Médicale des hôpitaux n'est pas créée pour hérisser la langue française de vocables rébarbatifs et d'une utilité contestable.

Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire. Guérison. — MM. Louis Rendu et E. Géraudel. Homme de 45 ans, atteint d'une tuberculose à forme fibreuse, à la suite d'une légère quinte de toux; douleur vive dans la région sus-claviculaire gauche avec irradiations thoraciques et brachiales. Un emphysème sous-cutané fait suite, envahissant la région cervicale et la région faciale inférieure, déformée comme dans les oreillons. A la percussion, sonorité exagérée du thorax, mais conservation de la matité cardiaque. La dyspnée très vive se calma sous l'influence d injections sous cutanées de chlorhydrate d'héroïne. Guérison en 10 jours.

Appendicite pneumococcique. — M. Ferrier. Chez un sujet succombant à une pneumonie, l'auteur trouva en même temps qu'une pneumonie une appendicite méconnue pendant la vie. L'appendice contenait deux cuillerées de pus.

Epilepsie jaksonienne et hystérie. — M. Ferrier. Sujet atteint d'un enfoncement considérable du crâne au niveau de la région frontale droite. Cette lésion remonte la naissance et a fait suite à une application de forceps. A 12 ans, crises d'épilepsie jacksonienne et stigmates d'hystérie (hémianesthésie gauche). L'hystérie aurait été la cause occasionnelle des troubles, lesquels étaient préparés par la lésion crânienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur une série de cas de grossesse extra-utérine. — M. Chevalier. L'auteur a observé trois cas de grossesse tubaire rompue avec inondation péritonéale. Chez les trois malades il y avait eu inondation péritonéale et le fœtus était libre dans le ventre. Laparotomie et guérison. La présence du fœtus est relativement rare. Généralement l'hémorragie se fait à une période peu avancée de la grossesse extra-utérine, en sorte que la plupart des hématocèles ne présentent pas de fœtus, celui-ci n'ayant pas eu le temps de se développer.

M. Legueu fait observer la difficulté de diagnostic qui empêche parfois de reconnaître la rupture de grossesse extra-utérine. Aucun phénomène utérin n'existe, on croit à une appendicite. Dans deux cas, M. Legueu a commis l'erreur que l'opération lui a fait découvrir.

Digitized by Google

La greffe hydatique obtenue par l'inoculation du scolex. — M. Déné ayant démontré la transmission expérimentale et le développement des microscopiques scolex qui tapissent sous forme de poussière le fond des ballons contenant du liquide hydatique, conclut que dans l'intervention opératoire sur des kystes de cet genre, il convient pour éviter les greffes post-opératoires de pratiquer préalablement. avant l'ablation, une injection de liqueur de Van Swieton ou mieux de formol à 1/100. Le liquide antiseptique introduit dans le kyste après laparotomie, sera laissé 2 à 3 minutes en contact avec le contenu de la vésicule mère.

Les calculs de la vessie chez les enfants de race Hova. — M. Fontoynont. Les calculs vésicaux sont très fréquents à Madagascar, chez les enfants Hovas. En un an il en a observé 17 cas, dont 15 chez des garçons et 2 chez des filles.

L'anesthésie par le chlorure d'éthyle. — M. Le Dentu. Lit un rapport à propos d'un travail de M. Gérard. Le chlorure d'éthyle semble avoir une innocuité relative ; il est utile dans les opérations de courte durée. L'anesthésie peut être entretenue pendant 15 à 20 minutes par des doses successives de 5 à 6 grammes chez l'adulte, données de cinq minutes en cinq minutes.

Hernie obturatrice intestinale étranglée. — M. Denucé. Chez un homme présentant des signes d'obstruction intestinale, l'auteur pratique la laparotomie et trouve une anse de l'iléon tordue et étranglée dans la région obturatrice; après incision dans le triangle de Scarpa et dissociation de l'obturateur, on arrive sur le sac, qui contient une anse fortement serrée.

Une observation de prostatectomie. — M. Guinard. Vieillard de 70 ans, atteint de rétention d'urine. La prostate ayant été reconnue énorme, M. Proust put passer une sonde et la laissa à demeure. Quelques jours plus tard, prostatectomie et guérison rapide. M. Bazy fait observer avec raison que les signes présentés n'autorisaient pas une semblable intervention. Nombre de malades se trouvent en pareil cas ; quelques jours de cathétérisme suffisent à les remettre sur pied pour des années. Les praticiens pensent comme M. Bazy. Ils s'étonnent à bon droit de cette sorte de manie chirurgicale qui fait intervenir le bistouri dans des occasions où un traitement médical bien institué suffit à arrêter les troubles.

BIBLIOGRAPHIE

Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires, par le Dr Fernand Cathelin, chef de Clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8, 232 pages, avec 32 fig. : 8 fr. (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Trouvée par l'auteur de ce volume, la méthode épidurale est appliquée à rendre et a déjà rendu de nombreux services. On l'a employée avec succès dans la sciatique, le lombago, le zona, les crises viscérales, tabétiques, les coliques saturnines, etc. M. Cathelin montre les résultats remarquables qu'on en est en droit d'en attendre en chirurgie urinaire. Les névropathes, et en général tous les faux urinaires ont été soulagés. Quant à la technique, elle est fort simple ; tout médecin est à même de la pratiquer.

Aide-Mémoire des maladies du poumon, par le Pr Paul Lefert. 1 vol. in-18 de 273 pages, cart. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.) 3 francs.

Résumé bien fait de nos connaissances sur les maladies des poumons; c'est clair, complet, le format du volume le rend très aisé à emporter et à consulter en cours de route.

VARIÉTÉS

Un édit royal proscrivant la suralimentation.

Les médecins se doutaient-ils que certains rois de France, dans la manie qui les poussait de tout règlementer, pénétraient sans vergogne dans l'enclos de la vie privée et non seulement s'attardaient aux détails du vêtement, — quatre robes autorisées pour les nobles à six milles livres de terre, trois robes pour ceux qui ne possédaient que trois mille livres — mais légiféraient encore sur l'ordonnance des repas et le nombre des plats à table ?

Nous lisons dans une ordonnance somptuaire de Philippe-le-Bel, datée de 1294, la règle suivante :

« Nul ne donnera au grand mangier que deux mets et un potage au lard, sans fraude. Et au petit mangier, un mets et un entremets. Et s'il est jeusne, il pourra donner deux potages aux harens et deux mets, ou trois mets et un potage. Et ne mettra en une escuelle que une manière de chair, une pièce tant seulement, ou une manière de poisson ».

Pour manger à son appétit il fallait la permission du roi Cela, vers la fin du XIIIe siècle L'histoire ne dit pas si l'édit royal fut observé à la lettre. Jusqu'à la Renaissance, les Français furent-ils astreints à se serrer le ventre? Et la Renaissance qui valut la restauration des sciences, des lettres et des arts, inaugura-t-elle aussi l'avènement de la grosse mangeaille et des beuveries pantagruéliques?

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinonaturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par
L'OVO-LÉCITHINE BILLON
Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les
TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne du petit bassin ; — survenue à 34 ans sur un sujet hérédo-syphilitique ; — et guérie par le traitement mixte.

Par le Pr Alfred Fournier

J'apporte à l'Académie un fait clinique qui me semble triplement curieux.

D'abord, c'est un cas avéré de *tumeur syphilitique du petit bassin*, tumeur intéressant la vessie et le rectum, tumeur simulant au plus haut degré une production maligne, et guérie, rapidement et complètement guérie — à l'étonnement, à la stupéfaction générale, puis-je dire, — par le traitement spécifique.

En second lieu, cette lésion dérivait d'une infection *héréditaire*, et s'était produite à 34 ans, comme première manifestation (au moins connue, remarquée) d'hérédité spécifique.

Troisième point, et celui-ci le plus piquant : la nature syphilitique de cette lésion n'a été soupçonnée, ou tout au moins l'institution du traitement spécifique n'a été décidée que d'après un stigmate d'hérédité spécifique constaté non pas sur le malade, mais sur un frère aîné du malade.

Très brièvement, voici le fait :

En décembre dernier, je fus mandé en consultation près d'un malade âgé de 34 ans, que l'on me disait affecté d'une tumeur du petit bassin, tumeur diagnostiquée sarcome, et déclarée inopérable par trois de mes collègues de la Faculté. On désirait savoir de moi « s'il n'y aurait pas quelque chance pour que la dite lésion dérivât d'une origine syphilitique », bien que le malade reniât tout antécédent suspect.

Je trouvai un malade pâle, amaigri, débilité, tendant déjà visiblement à la cachexie. — Depuis plusieurs mois, à l'exclusion de toute autre localisation morbide, il souffrait d'une gêne vague dans le petit bassin, avec tous symptômes progressivement croissants de compression vésico-rectale, à savoir : miction très fréquente, pénible ; constipation constante ; selles difficiles, rubannées, comme passées à la filière, souvent impossibles sans le secours de purgatifs ou de lavements. — Actuellement, le palper abdominal et le toucher rectal révèlent de la façon la plus nette l'existence d'un infiltrat volumineux, étalé, très étendu, qui tapisse presque toute l'excavation pelvienne en la débordant en avant et du côté gauche. Ainsi, au-dessus du pubis, dans l'étendue de deux à trois travers de doigt, et dans la région iliaque gauche sur une hauteur un peu plus considérable, on sent une tumeur en nappe, d'une épaisseur de 2 centimètres environ. Cette tumeur semble se réfléchir sur la vessie et plonger dans l'excavation pelvienne. — Libre dans son extrémité inférieure, le rectum est enserré plus haut par cet infiltrat pelvien et ne se laisse pénétrer par le doigt que difficilement et avec douleur. En autres termes, on sent l'intestin compris dans une sorte de gangue qui l'environne de toutes parts et en efface le calibre. — Pas de bosselures en aucun point, sauf à droite, où l'on perçoit très vaguement quelques nodosités semblables à de petites noisettes, avec une sorte de bourrelet qui semble rattacher la masse totale à la fosse iliaque. — Sur toute son étendue, l'infiltrat pelvien est dur, ligneux ; nulle part n'existe de portion plus molle. — Partout également, la lésion est indolente. — Pas de développement ganglionnaire.

Du reste, nul trouble des grandes fonctions ; — et anamnèse muette quant aux antécédents personnels ou héréditaires.

En ce qui concerne la syphilis, spécialement, aucun souvenir d'un accident quelconque. Pas le moindre stigmate accusateur sur la peau, les muqueuses, le système osseux. — Mais, dans les antécédents de famille, une particularité suspecte, à savoir : singulière mortalité infantile. Le malade a eu quinze frères ou sœurs, dont douze ont morts, la plupart en bas âge.

On sait quelle indication se rattache le plus souvent à ces hécatombes d'enfants. Donc, sur cette donnée, je me mis à rechercher sur mon malade ces fameux stigmates, qui, en tant de cas, servent de si précieux indices révélateurs de la tare hérédo-syphilitique. Vains efforts. En dépit d'une longue et minutieuse investigation, je ne trouvai rien, rien, pas la plus légère dystrophie, pas la moindre irrégularité organique. Les dents, par exemple, étaient absolument indemnes, les testicules, les os, les pupilles, etc., à l'état normal. Les yeux seuls, quant à l'état de leurs membranes profondes, restaient à examiner, car on sait aussi quelles utiles notions peut fournir parfois l'exploration ophtalmoscopique au diagnostic en question. Donc, je demandai qu'un examen de ce genre fût pratiqué le plus tôt possible sur le malade, et, différant jusque-là toute décision thérapeutique, je me retirai.

Or, c'est ici que commence le pittoresque de l'observation : quelques heures ne s'étaient pas écoulées depuis cette consultation, que je recevais chez moi la visite d'un Monsieur, qui n'était autre que le frère aîné (36 ans) du malade dont je viens de parler : « Je viens pour deux raisons, me dit ce Monsieur. D'abord, je vous apporte un renseignement. Tenez pour presque certain que notre père a été affecté de syphilis. Puis, je suis inquiet pour moi, d'après ce que je vois sur mon frère. Je viens donc vous prier de m'examiner et de me dire si j'ai quelque chose à craindre. »

Digitized by Google

Je vous laisse à penser si je me hâtai de profiter de l'heureux concours de circonstances qui se présentait à moi. J'examinai donc ce Monsieur, en recherchant sur lui avec la plus scrupuleuse attention des témoignages d'une hérédité spécifique. Mais sur lui, comme sur son frère, recherche vaine. Rien, absolument rien, de nature à éveiller un soupçon. Restaient les yeux à explorer. Je l'adressai au même ophtalmologiste (Dr Antonelli), qui devait examiner son frère.

Le lendemain, je recevais de M. Antonelli une note détaillée se résumant en ceci : « 1° Sur votre malade (le malade à la lésion pelvienne), rien autre que des stigmates rudimentaires, légers, du fond de l'œil, pouvant bien éveiller un soupçon, mais ne permettant pas une affirmation d'hérédo-syphilis ; — 2° en revanche, sur son frère aîné, stigmates *certains* de syphilis congénitale » (1).

Sur cette donnée, mon parti fut pris. Je me décidai à soumettre le malade, non pas à un de ces traitements mollasses et de pure forme, comme on en prescrit souvent alors qu'il n'est rien à en espérer, mais à un véritable traitement spécifique (injections mercurielles et iodure de potassium, à bonnes doses), traitement capable de produire un effet curatif au cas où un effet curatif ne serait pas impossible. Et cependant à cette époque, je dois l'avouer, je n'avais guère confiance. Je n'avais certes jamais rien vu, et mes lectures ne me rappelaient rien dans la syphilis qui ressemblât à la lésion de mon malade, ni comme siège, ni comme étendue et forme d'infiltrat, ni comme physionomie générale. Qu'on me passe la façon de dire, j'aurais parié, et parié gros contre la syphilis et contre l'heureux résultat de mon traitement, en faveur d'un cancer et d'une issue d'autre genre. Eh bien! j'aurais perdu.

Et, en effet, le traitement en question (injections de benzoate mercuriel à 2 centigr. par jour, et iodure de potassium, de 4 à 6 grammes quotidiennement) était à peine institué depuis une semaine que déjà un semblant de mieux s'annonçait. Dix jours plus tard, il n'y avait plus de doute. Un processus résolutif s'était constitué dans la tumeur, qui semblait s'atrophier, se réduire sur tous les points. Dès le vingtième jour on pouvait la dire diminuée d'un bon tiers. Bref, après deux mois, il n'en restait plus trace; elle s'était résorbée, elle avait *disparu*, absolument et complètement disparu. Parallèlement, l'état général s'était modifié de la façon la plus heureuse; le malade avait engraissé de 8 kilos, se trouvait débarrassé de tous ses anciens troubles vésicaux et rectaux, et accusait une santé parfaite, qui s'est continuée telle depuis lors.

Donc, nul doute, car de telles guérisons ne se discutent pas, doublement significatives qu'elles sont, et par la rapidité et par l'intensité du processus curatif. De toute évidence, c'était bien à une lésion syphilitique que nous avions eu affaire, mais à quelle lésion ? Bien manifestement à une lésion gommeuse, car il n'est que la gomme pour présenter ces résolutions aussi prodigieuses, et ces résorptions aussi extraordinairement hâtives que celle dont nous avons été témoin. — Mais où siégeait cette gomme? Quel organe, ou quels organes en avaient été le substrateur originel, primitif? Question plus malaisée à résoudre, assurément. Toutefois, étant donnés la diffusion extrême, et, si je puis ainsi parler, le dispositif géographique de l'infiltrat, il semble difficile de croire que la lésion ait pu siéger ailleurs que dans le *tissu cellulaire* de la région. Logiquement, il n'est guère à supposer que les viscères pelviens, vessie et rectum principalement, aient été affectés pour leur compte et dans leur parenchyme; il semble bien plus rationnel d'admettre qu'ils ont été simplement coiffés, enveloppés, enserrés par l'infiltrat. Auquel cas, la lésion aurait consisté simplement en ceci : une *cellulite pelvienne gommeuse*. C'est sous ce titre, en tout cas, que j'ai été amené à la présenter à l'Académie.

***

De ce qui précède résulte un enseignement, auquel pourront se joindre quelques considérations dignes, je crois, d'intérêt.

I. — L'enseignement, le gros enseignement est que dorénavant il faut compter au nombre des accidents possibles de la syphilis la production *d'infiltrats pelviens*, intéressant (au moins secondairement) la vessie et le rectum, simulant par leur importance, leur du-

(1) Voici la note qui m'a été remise sur l'examen ophthalmoscopique de ces deux sujets par mon distingué confrère, le Dr Antonelli :

« 1° Malade affecté de lésion pelvienne. Acuité visuelle parfaite pour les deux yeux ; de même réaction pupillaire normale. A l'ophthalmoscope, papilles optiques et vaisseaux absolument indemnes. Chorio-rétine présentant une *dystrophie pigmentaire* diffuse, sous forme de marbrures irrégulières. Petites plaques de *surpigmentation* et de *dépigmentation* choroïdienne, prononcée surtout à la périphérie du segment inférieur du fond de l'œil gauche. Mais, au total, rien que des stigmates rudimentaires et trop faiblement accentués pour avoir une signification réelle.

« 2° Frère du malade (40 ans).—Pupilles réagisssant normalement. Myopie double plus accentuée à droite. Légère astigmie des deux côtés L'examen ophthalmoscopique révèle sur les deux yeux des stigmates non douteux, *certains* même, de syphilis congénitale, à savoir : sur la chorio-rétine, *dystrophie pigmentaire* très accentuée. à foyers grenus (telle qu'elle est représentée dans ma thèse de 1897) ; papilles petites, de coloration grisâtre, coiffées de petites plaques atrophiques ou pigmentaires qui sont les vestiges d'une chorio-rétinite péri-papillaire ; bords de ces papilles plats, irréguliers, cachant parfois les vaisseaux qui, eux aussi, présentent des stigmates rudimentaires d'ancienne artérite ou périartérite.— Toutes ces altérations sont plus prononcées à droite, et, en effet, le malade se souvient très bien que, dès son jeune âge, cet œil était plus myope que le gauche.

Digitized by Google

leur physionomie générale, les tumeurs mali-
, mais susceptibles, comme toutes les lésions
meuses, de résorption et de guérison rapide, si
qu'on en soupçonne la spécificité d'origine et
n mette en œuvre le traitement spécifique.
la, à coup sûr, constitue un *fait nouveau* à ins-
dans nos pathologies. Pour ma part, je le dé-
, le cas que je viens de raconter est le premier
enre que j'aie rencontré sur ma route ou du
s que j'aie remarqué. Je n'ai pas trouvé non plus
ion de cas semblables dans la littérature médi-
Notre éminent collègue M. Guyon, dont l'expé-
e est si grande en la matière, m'a dit également
ir rien observé d'analogue jusqu'à ce jour.

— En l'espèce, cette cellulite gommeuse pel-
e a été le produit non pas d'une syphilis ac-
, mais d'une syphilis *héréditaire*. Or, à ce point
e spécial de l'hérédité spécifique, quelques re-
ues doivent trouver place ici.
A noter d'abord que la lésion s'est produite
notre malade à l'âge de *34 ans*, et qu'elle
t été précédée (au moins d'après son dire et
de son frère) d'aucune autre manifestation
que, bien certainement en tout cas d'aucune
station assez importante pour laisser des
dans le souvenir ou des stigmates sur les tissus.
à donc, en conséquence, une hérédité syphili-
se traduisant à une *étape lointaine* de la nais-
34 ans) et se traduisant ainsi pour la première
onnant pour la première fois (qu'on me passe
ssion) signe de vie dans la période adulte de
nce.
l y a loin de cela avec les croyances d'un temps
voisin du nôtre où l'on se représentait la
s héréditaire comme confinée, sinon à la pre-
nfance, tout au moins à l'enfance et l'adoles-
Or, des faits ultra-nombreux relevant d'une
tion plus récente sont venus établir que les
ts de la syphilis héréditaire peuvent se pro-
our ainsi dire *à tout âge*, dans la jeunesse,
âge mûr et même dans la vieillesse. Je suis
tain d'en avoir observé à 40, 50, 60 ans et
u-delà. — Il est plus difficile d'établir (bien
mportant aussi, à la vérité) que l'hérédité
ue elle peut se manifester *pour la première*
es étapes plus ou moins avancées de la vie,
s sans s'être jamais traduite antérieurement
lque manifestation d'ordre quelconque. Quel-
ts cependant — et le nôtre est de ce genre —
t démontrer l'authenticité de ces entrées en
singulièrement tardives.
ut cas, l'existence de ce qu'on pourrait appe-
syphilis héréditaire de l'âge mûr est un fait
ment avéré, irrécusable. On ne le conteste pas
théoriquement, c'est vrai ; mais de fait, en pratique, on est loin d'y prêter toujours une attention suffisante ; de là tant et tant de cas de cet ordre qui restent méconnus.

2° Un second point non moins digne de remarque consiste en ceci que, sur notre malade, comme sur son frère également, l'hérédo-syphilis ne se traduisait (réserve faite pour les signes ophtalmoscopiques dont je parlerai dans un instant) par *aucun stigmate appréciable*. Rien d'apparent ne dénonçait sur eux la tare héréditaire.

Or, on a tellement parlé, et avec toute raison, ces derniers temps, des *stigmates* de l'hérédo-syphilis (triade d'Hutchinson, infantilisme, malformations crâniennes, bosselures crâniennes, difformités nasales, difformités osseuses, cicatrices cutanées ou muqueuses, dystrophies natives de tout ordre, etc.) qu'on ne conçoit plus guère l'hérédo-syphilis sans stigmate. Eh bien, c'est un tort. A coup sûr, il est absolument commun, usuel, que la tare héréditaire se traduise objectivement par tel ou tel de ces indices révélateurs qui (soit dit au passage) rendent au diagnostic de si utiles services. Mais ce qui n'est pas moins vrai, d'autre part, c'est que parfois et plus souvent qu'on ne le pense, l'infection héréditaire ne se dénonce par aucune malformation, aucun stigmate, aucune dystrophie appréciable. A prendre pour exemple le système maxillo-dentaire, un des plus éprouvés à coup sûr par l'hérédité syphilitique, ce système est bien loin d'être toujours influencé par ladite hérédité. Assez souvent au contraire il reste indemne ; il était indemne chez nos deux malades. J'ai même vu maintes fois des hérédo-syphilitiques avoir de belles dents, de fort belles dents. Comme spécimen je citerai le cas d'une jeune fille issue de père et mère syphilitiques, syphilitique elle-même et morte à 18 ans d'un tabes syphilitique, qui présentait des dents superbes, admirables et du plus beau type.

Il est donc des hérédo-syphilitiques que j'appellerai *trompeurs*, en ce sens qu'ils se présentent avec les meilleures apparences, sous les allures de sujets exempts de toute tare héréditaire, alors qu'en réalité ils sont sous le coup de la tare la plus malfaisante.

III. — Dans le cas actuel, *comment se fit le diagnostic?* C'est-à-dire par quels signes fut-on conduit à rechercher, à soupçonner d'abord, puis à reconnaître plus tard l'hérédité syphilitique?

Le premier soupçon, le premier éveil dériva de l'effroyable *polymortalité infantile* qui avait sévi sur la famille du malade, à savoir : sur 15 frères et sœurs, 12 morts, et morts en bas âge pour la plupart. C'est bien positivement ce signe, ce merveilleux signe (il n'y a pas exagération à le qualifier ainsi,

Digitized by Google

étant donnés les services qu'il peut rendre) qui, en l'espèce, a été *révélateur*; c'est lui pour le moins qui a signalé et ouvert la piste, et la bonne piste.

Et, en effet, alors que, dans une famille, toute une série de grossesses a abouti à des *morts multiples* (morts par avortement ou par accouchement prématuré, morts à la naissance ou peu de temps après la naissance, ou à certain terme au-delà), ce seul renseignement doit suffire à éveiller un soupçon dans l'esprit du médecin. C'en est assez, dirai-je, pour que le médecin ait obligation de songer à la syphilis comme cause possible, voire probable, de cette polymortalité infantile, et, par conséquent, pour considérer les survivants, s'il y en a, comme possiblement entachés d'une tare hérédo-spécifique. Non pas, à coup sûr, qu'il n'y ait que la syphilis pour faire avorter les femmes et pour tuer les enfants. D'autres causes morbifiques en font bien autant, si ce n'est pis, telles par exemple que le saturnisme et l'intoxication professionnelle des ouvrières qui travaillent le tabac. Mais, réserves faites pour ces deux ordres de cas qui ne sont que très exceptionnels, la syphilis, on peut le dire, est de toutes les maladies (même y compris la tuberculose et l'alcoolisme) celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge. J'en appelle sur ce point aux statistiques de mon cher collègue et ami, le Pr Pinard.

D'où le parti diagnostique possible à tirer d'un tel signe. D'où, encore, l'obligation pour le médecin de toujours songer à ce signe, alors qu'à propos d'une lésion donnée il est conduit à se demander si cette lésion ne pourrait pas dériver de l'hérédo-syphilis. D'autant qu'un tel renseignement n'est sujet ni à caution, ni à confusion, ni à oubli. Des avortements, des accouchements avant terme, des morts d'enfants, ce sont là de gros faits, des faits positifs, patents, qui ne sauraient passer inaperçus, qui ne s'oublient pas, et qu'on est toujours sûr, quand ils se sont produits, de retrouver dans les commémoratifs.

En second lieu, le diagnostic d'hérédo-syphilis a été confirmé par les résultats de l'*exploration ophtalmoscopique*.

Je n'insisterai pas ici sur la valeur des stigmates du fond de l'œil en tant qu'indices révélateurs de la tare hérédo-syphilitique; c'est là un sujet sur lequel je n'aurais pas compétence et qui, du reste, a été traité tout au long, ces dernières années, par un ophtalmologiste distingué, M. le Dr Antonelli, à qui nous devons de très intéressantes recherches sur ce point.

Mais, en revanche, je ne craindrai pas de rappeler, pour le faire remarquer une fois de plus, le mode séméiologique au moins singulier d'après lequel la tare hérédo-syphilitique acheva d'être à peu près démontrée chez notre malade. Et, en effet, ce n'est pas de par un stigmate personnel que le dit malade se trouva à peu près convaincu d'hérédo-syphilis, mais bien de par un stigmate observé chez son frère aîné. Avec toute raison il le disait lui-même: « Ce sont les yeux de mon frère qui m'ont sauvé ».

Ce procédé diagnostique, constituant ce qu'en langage technique nous appelons l'*examen des collatéraux*, n'a rien que de rationnel, les enfants des mêmes générateurs étant naturellement appelés à présenter les mêmes prédispositions morbides, les mêmes tares héréditaires. En toute évidence, la constatation d'un accident ou d'un stigmate de syphilis sur tel enfant d'une famille implique que tel autre enfant de la même famille se trouve, lui aussi, suivant toute vraisemblance, sous le coup de la même infection. Aussi bien l'enquête sur les collatéraux est-elle susceptible de fournir à la pratique les plus utiles services, en éclairant parfois un cas obscur d'une lumière indirecte.

C'est là cependant une méthode que l'on néglige, tout au moins à laquelle on n'a pas recours assez souvent. Or, pour l'avoir tout au contraire mise à l'épreuve bien des fois, voire d'une façon presque systématique, je suis autorisé à la dire bonne, excellente, et je lui dois de nombreux succès diagnostiques, comme le suivant, qu'il ne sera peut-être pas inutile de citer comme exemple.

On nous amène à Saint-Louis une petite fille de 12 ans, pour une ulcération d'une jambe, ulcération datant de deux à trois ans, considérée comme « scrofuleuse », nous dit-on, traitée comme telle, et néanmoins rebelle à tous les agents de la médication antiscrofuleuse. Par elle-même, objectivement, la lésion n'a pas de physionomie distinctive. Nous recherchons la syphilis ou l'hérédo-syphilis. Mais nous ne trouvons rien. D'une part, aucun renseignement à espérer sur le père qui est inconnu, non plus que sur la mère qui est morte. Et, d'autre part, absence absolue de tout stigmate d'hérédité spécifique. On nous dit que l'enfant a un frère, plus âgé de deux ans. Nous demandons à le voir; il nous est amené et nous trouvons sur lui toute une série de stigmates indéniables d'hérédo-syphilis : infantilisme, — testicules scléreux, — malformation tibiale « en lame de sabre », — érosions dentaires, etc., etc. Notre diagnostic est aussitôt posé : frère hérédo-syphilitique; donc, sœur vraisemblablement hérédo-syphilitique également, et lésion actuelle dérivant, non pas de la scrofule, mais de la syphilis. Sur cette base, on institue la médication spécifique. Résultat : Guérison, *en moins de trois semaines*, d'une ulcération qui remontait à deux ans et demi.

Aussi, je le répète, convient-il de poser ceci en principe, comme règle de conduite pour la pratique:

Etant donnée une lésion ou un ensemble morbide

Digitized by Google

pouvant ressortir à l'hérédo-syphilis sur un sujet dont la qualité hérédo-syphilitique reste douteuse pour une raison ou pour une autre (disette de renseignements ou absence de stigmates, n'importe), *ne jamais négliger de recourir à l'examen des collatéraux*; — et cela, parce que cet examen est capable de fournir des documents formels, décisifs, sur l'existence d'un état syphilitique dans la famille.

Tel est, Messieurs, le cas sur lequel je désirais appeler l'attention de l'Académie, cas se résumant au total en ceci :

Tumeur du petit bassin, intéressant la vessie et le rectum ; — se présentant sous la physionomie d'une tumeur maligne et considérée comme telle par tous les médecins ou chirurgiens qui l'ont vue (moi compris, bien entendu); — tumeur heureusement jugée inopérable, en raison de son étendue, de ses diffusions et de ses connexions avec les viscères pelviens.

Alors, soupçon d'hérédo-syphilis, né d'une poly mortalité considérable dans la famille du malade; — absence sur le malade de tout accident antérieur, de tout stigmate légitimant ce soupçon ; — mais découverte, sur un frère aîné du malade, de stigmates ophtalmoscopiques nettement accusateurs d'une infection syphilitique héréditaire.

Sur cette donnée, institution empirique (et sans véritable espoir, je le répète), d'un traitement spécifique mixte ; — tout aussitôt, début de résorption de la tumeur, qui disparaît complètement, absolument, en moins de deux mois.

Donc, diagnostic de la lésion pouvant, ce me semble, être formulé en définitive de la façon suivante : *Cellulite gommeuse pelvienne, survenue à l'âge de 34 ans sur un sujet hérédo-syphilitique.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Remarques à propos des gommes-résines dans les maladies de poitrine

par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Les gommes-résines dont nous voulons parler sont : *la gomme ammoniaque, la myrrhe et l'asa fœtida.*

Je ne m'explique pas que certains médecins ont recours à la gomme ammoniaque dès le début des bronchites; elle donne, à cette période d'acuité, même quand le flux sécrétoire s'est déjà un peu manifesté, des résultats mauvais ou nuls, à moins qu'on la prescrive avec des fluidifiants de l'exsudat bronchique qui masquent son action propre et intrinsèque. L'emploie-t-on seule au début des rhumes vulgaires, on s'aperçoit qu'elle ne fait pas cracher du tout, tandis que si on la réserve pour le moment où les mucosités sont en coction complète, on remarque qu'elle les tarit plus rapidement que les oleo-résines et que les baumes ; elle est, à ce stade de la fin, à ce stade du muco-pus, le remède anticatarrhal par excellence. Si donc Selle, Buchan en ont retiré, dans la phtisie, les avantages qu'elle procure indiscutablement dans les bronchites chroniques, dans les bronchites d'allure traînante, invétérées ou entées sur l'emphysème pulmonaire, ce n'est point — comme ils l'ont dit — parce qu'elle pousse à l'expectoration, c'est parce qu'elle restreint celle-ci. En thèse générale, il ne faut y avoir recours dans ces affections que si elles ont résisté à l'usage, pendant quinze jours, de la térébenthine ou du baume de tolu. L'expectoration diminue très sensiblement deux ou trois jours après qu'on a institué, dans ces cas bien déterminés, le *traitement intensif* — je souligne l'épithète — par la *gomme ammoniaque.* Je commence volontiers par les hautes doses *(4 à 10 gr. par 24 heures) de l'émulsion de Soubeyran;* et, à partir du troisième jour, je ne me sers plus que des petites doses : *1 ou 5 pilules par jour, à 0 gr. 10 de gomme ammoniaque, ou 3 ou 4 cuillers de sirop vineux de Delioux de Savignac.* Il sera quelquefois bon, pour éviter l'oppression qui résulterait d'une influence anti-catarrhale trop prompte et trop intense, de la mélanger avec des expectorants.

Dans *les pilules balsamiques de Morton*, qui doivent leur action anticatarrhale à la résine de la gomme ammoniaque et du baume de tolu, au soufre, au térébenthène du safran, l'effet expectorant est réalisé par les fleurs de benjoin, par les acides benzoïque et cinnamique du baume de tolu, peut-être par l'essence d'anis, aussi par l'azotate de potasse de la poudre de cloportes qui entrent dans leur composition. Ces pilules, longtemps continuées, fournissent les plus heureux résultats dans les bronchites chroniques, ainsi que *les pilules scillitiques de Parmentier*, que *les pilules scillitiques de la pharmacopée britannique, que les pilules de Van der Corput, de Romberg*, où la poudre et l'extrait de scille, le gingembre, le carbonate d'ammoniaque, le nitre, la poudre de Dower, le calomel se disputent avec la gomme ammoniaque les honneurs du succès. Aujourd'hui on remplace ces préparations complexes par *les pilules de gomme ammoniaque, acide benzoïque et savon médicinal, à 0 gr. 10 de chaque (4 à 5 par jour). L'oxymellite pectoral d'Edimbourg* était anticatarrhal par la gomme ammoniaque, expectorant par l'aunée.

Je reste persuadé que si *l'émulsion de Fuller, la mixture de Bruner, les pilules de Quarin, l'hydromel et les bols de P.-L. Cadet* n'ont pas été nuisi-

Digitized by Google

bles pendant l'attaque d'asthme, c'est que les effets anticatarrhaux de leur gomme ammoniaque étaient neutralisés ou surpassés par les effets expectorants : ici de la teinture de benjoin et des cloportes, là de l'hydrolat d'hysope, ailleurs de l'éponge marine et du sulfure d'antimoine, ailleurs encore de l'ache, de l'aunée, de l'oxymel scillitique.

Sans croire avec J. Frank — qui, pour ce motif, n'hésitait pas à la recommander, jointe aux diurétiques, dans l'hydrothorax — que la gomme ammoniaque est susceptible, à la façon d'un antispasmodique, de résoudre l'orthopnée, c'est-à-dire le spasme des muscles respirateurs chez les asthmatiques, je me garderai de m'inscrire en faux contre son utilité réelle dans la bronchorrhée muco-purulente fréquente chez les asthmatiques âgés devenus emphysémateux.

La mixture que Quarin conseillait dans l'apoplexie accompagnée de toux suffocante avec sifflement et difficulté d'expulser les glaires du larynx, de la trachée et des bronches, était riche en gomme ammoniaque (8 gr.) anticatarrhale, riche surtout en expectorants : 250 grammes d'infusion et 48 grammes de sirop d'hysope, 48 grammes d'oxymel scillitique, 2 à 6 grammes d'extrait d'aunée.

La myrrhe doit aussi à sa résine ses propriétés anticatarrhales, moins marquées, il est vrai, que celles de la gomme ammoniaque. La *célèbre mixture de Griffith (1776)*, où elle était en compagnie du sel d'absinthe et du sel de Mars, n'a fait quelque bien aux phtisiques qu'en réprimant leurs sécrétions bronchiques ; dans ce cas particulier, Duncan la donnait avec du nitre ou de la crème de tartre, Percival avec du camphre à forte dose. J. Franck prescrivait simultanément la myrrhe gomme-résine et l'extrait aqueux de myrrhe actuellement inusité. Boerhaave avait accentué son action en y ajoutant la térébenthine de Chio dans des pilules rendues béchiques par le blanc de baleine. *L'élixir balsamique de Werlhof* était anticatarrhal par la myrrhe et le safran dont les effets eupeptiques sont quadruplés par le quinquina, l'écorce d'orange amère et les extraits de chardon-bénit et de gentiane. Le *vin de Delioux* à la myrrhe, à la fois anticatarrhal et antigastralgique, est à 20 grammes de myrrhe et 15 grammes d'écorce d'orange amère pour un litre de vin de Malaga. Un gramme de myrrhe, pris dans la journée en deux, trois ou quatre fois, pendant une semaine, diminue très notoirement les sécrétions des bronchites chroniques. Myrrhe et gomme ammoniaque figurent l'une à côté de l'autre dans un élixir pectoral anglais démodé. Il pourra être indiqué d'incorporer à la myrrhe un expectorant : chlorhydrate d'ammoniaque (potion d'Oesterlen), kermès et scille (pilules d'Ewald), ipéca (pilules de Dujardin-Beaumetz).

Per os, la myrrhe est sans valeur dans les affections de la muqueuse laryngienne, tout simplement parce que sa résine ne s'élimine pas par la surface de celle-ci comme par la surface de la muqueuse bronchique : de là, malgré Campardon, l'insuccès absolu — quand elle est seule — de la teinture de myrrhe dans la coqueluche. On a touché les ulcérations tuberculeuses du larynx avec une solution de myrrhe dans parties égales d'huile.

Voici une autre gomme résine qui n'est point du tout anticatarrhale : c'est *l'asa fœtida*, dans lequel les chimistes ont signalé la résorcine. L'asa excite légèrement, au lieu de la réprimer, la sécrétion bronchique, mais il est probable que les quelques succès enregistrés à la suite de la potion ou du lavement à 2, 6, 8 grammes dans l'angine striduleuse, dans la toux férine des femmes nerveuses, dans la coqueluche, dans l'asthme, dans la bronchite suffocante des vieillards, tiennent moins à cette action hypercrinique dont il ne faudrait pas s'exagérer l'importance qu'à son action « nervine » sur l'élément dyspnée que Dupuy paraît avoir escomptée lorsqu'il associa, dans ses « pilules contre l'hydrothorax », l'asa fœtida aux poudres de scille et de digitale et à l'extrait de trèfle d'eau.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Hémorragies utérines par rétention placentaire compliquée, ou non, d'enchatonnement du placenta. De la conduite à tenir dans des cas semblables.

Par M. le Dr E. Dabout.

Dans les premiers jours du mois de septembre 1901, je fus appelé à 6 h. 1/2 du matin, à la campagne, à Saint-Aventin (Aube), chez une femme D..., fermière, âgée de 24 ans, primipare, dont « le bain était crevé », je veux dire dont la poche des eaux était percée depuis 2 heures du matin. J'arrive à 7 heures, la parturiente n'a pas eu de douleurs, néanmoins devant l'affirmation que l'œuf est rompu, je touche la femme et trouve un commencement de travail, la dilatation est d'environ 50 centimes. Ayant quelques visites à faire je quitte la parturiente et ne reviens qu'à 10 heures, la dilatation a marché lentement sans grandes douleurs, elle est de plus de deux francs. Des douleurs sourdes, rares, font croître la dilatation, je fais le toucher à nouveau à 11 heures, elle est de cinq francs passés. Coups sur coups, cinq ou six fortes douleurs apparaissent : je me réjouis de voir le travail s'installer comme il aurait dû l'être depuis mon arrivée ; mais ce plaisir est de courte durée, car les douleurs cessent tout à coup : j'ausculte le fœtus, les bruits du cœur sont bons, mais après une demi-heure d'attente sans douleur, les bruits du cœur fœtal deviennent de plus en plus sourds, plus espacés, je commence à craindre pour la vie de l'enfant. Malgré l'apparence d'inertie utérine, puisque la parturiente n'accuse pas de douleur, le toucher

Digitized by Google

m'apprend que la dilatation a cependant marché, nous avons une paume de main. J'envoie chercher mon forceps. Il est midi, pas de nouvelles douleurs, les bruits du cœur fœtal sont de plus en plus mauvais, la dilatation est presque complète ; en l'absence d'instrument, après une antisepsie parfaite des mains, je fais la dilatation manuelle, la tête descend, j'écarte fortement les lèvres et sors les pariétaux, j'ai une fille énorme en état d'asphyxie bleue, avec un circulaire autour du cou ; la peau, les muqueuses de la bouche et de la langue sont violet noir. La flagellation, la respiration artificielle, combinée aux tractions rythmées de la langue, font revenir assez vite l'enfant.

Après avoir nettoyé le nouveau-né et l'avoir emmaillotté, je retourne vers la mère. Toujours pas de douleurs ; j'exerce une légère traction sur le cordon, il résiste, je n'insiste pas, la malade a un suintement sanguin à la fourchette qui a été rompue par le passage de la tête. 35 minutes après l'accouchement, l'accouchée accuse une douleur, c'est le placenta qui se décolle, me dis-je, et je m'apprête à tirer sur le cordon, quand je m'aperçois que la malade pâlit ostensiblement. En même temps que je tire sur le cordon le sang coule plus abondamment : j'enfonce mon index dans le vagin, il pénètre dans une masse coagulée, dans un caillot sanguin que je retire, le sang coule plus abondamment. Par surcroît de précaution j'avais fait bouillir de l'eau dans deux de ces vastes chaudrons que l'on accroche dans les cheminées à la campagne, j'avais alors 60 litres d'eau bouillie et tiède à ma disposition.

M'inspirant de la conduite que l'on doit tenir en pareil cas et ayant un laveur vaginal à ma disposition, je fais des injections très chaudes, au point de me brûler la main ; le sang, au lieu de s'arrêter, coule plus fort, la femme est devenue blanche, elle accuse des tintements d'oreilles, elle n'a plus de pouls, je fais une injection de caféine, puis le toucher manuel ; l'utérus ne forme qu'un vaste caillot de sang, je ne sens pas le placenta, mais, suivant le cordon, il me conduit à un pertuis de même diamètre que lui, je suis en face d'un enchatonnement complet et total du placenta.

Tout en opérant j'ai envoyé chercher un confrère. Je dilate avec mon index, puis mon médius ce pertuis et arrive sur le placenta que je décolle par lambeaux, il adhère à la matrice très fortement. L'utérus est mince dans toute son étendue, par contre au niveau de l'insertion placentaire, le tissu musculaire est triplé de volume, le placenta est inséré tout à fait à l'extrémité supérieure de l'utérus, si bien que par la main ventrale, qui soutient l'utérus en entier, on apprécie très bien cette augmentation de volume des fibres musculaires. Le placenta extrait, la malade ne saigne presque plus, je fais passer avec une sonde intra-utérine conduite sur ma main 10 litres d'eau bouillie environ, l'hémorragie est arrêtée ; je laisse un léger tampon de gaze iodoformée dans le vagin, je ferme la vulve par une plaque de coton hydrophile. Le pouls de ma malade est très faible, elle a des lipothymies, des tintements d'oreilles, du hoquet. Je fais une nouvelle injection de caféine et prépare du sérum artificiel dont j'injecte à deux reprises 200 c.c.

Mon confrère arrive, j'examine alors avec lui le placenta. On le reconstitue à grand peine et il nous semble complet. Il est blanc grisâtre, un peu gras, et présente sur sa surface d'insertion un fin reticulum grisâtre fibreux, parsemé de petites nodosités de la grosseur de grains de millet qui semblent d'origine calcaire. Il était alors 4 heures 1/2 du soir. Le pouls était meilleur, bien que la femme fût encore très faible.

Je la visitai le lendemain matin, la température était de 36°,5, le pouls relativement bon ; je fis la suture du périné, un nouveau lavage à l'eau bouillie. Je refis chaque matin un lavage à l'eau bouillie pendant 5 jours, j'alimentai ma malade, les suites de couche furent normales. Sur l'avis de mon confrère, vu l'état anémique dans lequel se trouvait l'accouchée, il fut décidé que la malade n'allaiterait pas son enfant ; je me soumis avec regret à la décision d'un confrère plus ancien. J'ai revu tout dernièrement cette femme ; elle et son enfant sont en excellente santé.

Obs. II. — Je fus appelé dans ma clientèle particulière, le 9 mai 1902, vers 10 heures du soir, par une sage-femme, pour une femme atteinte d'hémorragie utérine rebelle.

Je trouvai une jeune femme de 30 ans environ, Mme G..., multipare, enceinte d'environ 4 mois qui était accouchée d'un fœtus à 5 heures du soir et dont la délivrance n'était pas faite ; depuis cette heure, un suintement sanguin, augmentant par le mouvement, persistait. La sage-femme après avoir tenté vainement d'extraire le placenta, avait tiré sur le cordon au point de le casser. J'arrivai donc près de cette femme : elle était très pâle, avait le pouls petit et faible ; je lui fis d'abord une injection de caféine, et ensuite, après avoir lavé les organes génitaux externes où le sang s'était coagulé, je fis le toucher. Je trouvai une partie du placenta arrêtée au niveau de l'orifice interne du col qui s'était un peu refermé ; j'en fis l'extraction et eus le reste par lambeaux ; je fis autant que je le pus le curage digital de l'utérus, l'hémorragie s'était arrêtée. Je fis alors avec la sonde intra-utérine une injection d'eau bouillie. J'allai voir la malade le lendemain, elle avait 38°,2 ; devant ce léger état fébrile, j'ordonnai son transport à l'hôpital, la malade ne pouvant supporter les frais d'un écouvillonnage à domicile. Elle eut le soir 39°, on lui fit un curettage qui permit de retirer quelques débris placentaires que le curage digital avait laissés. La fièvre tomba de suite ; 15 jours après la malade se levait. Elle est actuellement en bonne santé.

Telles sont les deux observations que je voulais rapporter. Quelles conclusions devons-nous en tirer pour la pratique ?

Tout d'abord, la pratique nous prouve que les injections d'eau bouillie très chaude ne sont pas toujours suffisantes pour arrêter à elles seules l'hémorragie utérine. Notre observation Ire en est un exemple frappant.

En second lieu, il y a intérêt à décoller le plus tôt possible le placenta quand il y a hémorragie, et il faut agir d'autant plus vite qu'il y a inertie utérine, c'est-à-dire que les vaisseaux sont largement ouverts et laissent d'autant plus couler le sang. La délivrance artificielle, par l'irritation qu'elle produit dans l'utérus, provoque les contractions de l'organe et par suite celles des vaisseaux producteurs de l'hémorragie.

3° Si les injections d'eau bouillie chaude n'arrêtent pas l'hémorragie, elles continuent, la délivrance faite, à provoquer la contraction du muscle utérin ; elles évitent ainsi la production possible d'une nouvelle hémorragie. Par le volume d'eau stérile qui passe dans l'utérus, elle fait l'asepsie de l'organe et en empêche l'infection.

Digitized by Google

Enfin il ne faut jamais tirer brusquement sur le cordon : on peut le casser, et dans ce cas on n'a plus de guide pour aller à la recherche du placenta ; s'il est enchatonné complètement, le cordon étant sectionné au niveau de sa surface d'insertion placentaire, on peut ne pas le trouver, ou le trouver trop tardivement alors que la femme « anémiée » est en syncope et qu'on n'a plus de chance de la ranimer.

Telle est la conduite à tenir en cas d'hémorragie utérine par rétention placentaire compliquée, ou non, d'enchatonnement du placenta : ne pas hésiter à faire la délivrance artificielle, la faire suivre d'injections d'eau bouillie très chaude, aussi chaude que la malade peut les supporter.

L'état général ne doit pas être négligé : il faut soutenir le cœur défaillant, il faut éviter la syncope, il faut de suite remplacer dans la circulation le volume du sang perdu; les premières indications seront remplies par les injections d'éther et de caféine, les secondes par les injections de sérum artificiel.

Enfin, si l'on est pas sûr d'avoir retiré tout le placenta, si l'on craint que quelque cotylédon ou quelque fragment de la masse placentaire ne soient restés dans l'utérus, si la malade a une élévation de température, si légère soit-elle, il faudra faire le curettage ou mieux encore l'écouvillonnage plus facile et moins dangereux dans un utérus mou qui n'a pas encore fait sa régression. L'asepsie interne sera assurée par des lavages d'eau bouillie; on pourra après l'écouvillonnage faire une injection d'eau iodée, le sublimé par les intoxications qu'il peut entraîner doit être rejeté.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Le nombre de Docteurs en Médecine

A consulter les tables où est marqué le nombre des étudiants inscrits pour le P. C. N., il semble qu'on aurait tort de se réjouir. Sans doute depuis quatre ans on constate une légère réduction dans le chiffre des candidats; mais combien précaire ! Sur plus de 1.500 postulants, on note une diminution de 36 en moyenne chaque année. C'est peu. Il y a de quoi fournir largement les bancs de la Faculté pour de nombreuses années encore, si pareille proportion reste observée. Et rien n'indique qu'elle sera modifiée dans un sens favorable. Du moins on ne fait rien pour endiguer le courant des inscriptions. Si la loi militaire de deux ans est décrétée, parmi de multiples inconvénients, elle offrira au moins ce bon côté de refroidir le feu de quelques vocations hésitantes ; par contre les effets heureux qu'on eût été en droit d'en attendre sont aussitôt annihilés par des dangers d'un autre ordre qui résulteront d'une loi assez mal inspirée : celle qui règle les conditions d'admission dans les Facultés de médecine. Quatre baccalauréats y donneront accès, j'entends un baccalauréat conçu sur quatre types différents. Pour ceux qui ne veulent pas le latin, il n'y aura pas de latin; un baccalauréat spécial les dispense des langues anciennes. Rien de plus commode. Jadis nous ne recevions comme étudiants que ceux qui acceptaient le latin ; leur nombre se renforcera aujourd'hui de ceux qui ne l'acceptent pas. Nos législateurs appellent cela favoriser les aptitudes des élèves. Nos confrères verront la chose autrement. Ils la considèreront comme un moyen d'encombrer une profession déjà encombrée, de réduire, sous prétexte de libéralisme, le gagne-pain déjà modique assuré à chacun.

Il y a deux ans, le nombre des médecins reçus dans les Facultés était en augmentation de 120 sur l'année précédente ; il y a un an, un léger recul a été constaté. Les Facultés avaient délivré 21 diplômes en moins. Quand le recrutement nouveau s'opèrera à l'aide du baccalauréat à quatre faces, nous verrons à quel taux s'élèvera la progression. Le nombre des médecins est fatalement destiné à augmenter encore. Là jadis, où exerçait un confrère, s'en est installé un second, bientôt, il en viendra un troisième. Une des causes qui pousse le plus à cet envahissement incombe peut-être directement à notre état social. La démocratie exaspère trop l'orgueil des parents pour que ceux-ci n'aspirent pas à donner à leurs enfants une position supérieure à la leur. Or, entre toutes les carrières ouvertes, il n'en est pas d'aussi considérée que la médecine, aujourd'hui surtout que le métier militaire et les galons d'officier ont perdu de leur lustre, aux yeux des masses. Les fils de campagnards, d'ouvriers, de petits bourgeois deviendront donc médecins, puisque la médecine est la science qui assure à ses possesseurs le respect le moins discuté, parfois la notoriété et même la fortune aux favorisés de la chance qui ont su faire fructifier leur travail.

Ces diverses raisons nous font redouter pour la pléthore médicale encore de beaux jours ; la perspective est fâcheuse. Pour en restreindre les dangers, il n'est qu'un moyen. Nous l'avons déjà indiqué maintes fois : s'organiser en syndicats, en créer dans les départements où ils n'existent pas, insuffler à ces groupements de défense l'activité et la vie, enrégimenter tous les membres du corps médical en une association puissante, obtenir des adhérents qu'ils sacrifient leurs volontés particulières à l'intérêt général. Pareille organisation étant constituée, la pléthore médicale pourrait être regardée en face. On saurait en pallier les risques. Etant les maîtres, les médecins imposeront au public l'acceptation d'honoraires justement rémunérateurs. Et le public devra se soumettre et passer par leurs décisions.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

La kératite interstitielle

Notre collaborateur, le Dr Terrien, a donné l'an dernier le traitement complet des kératites (*Journal des Praticiens*, 1901, n° 30).

A la période d'infiltration, dans la kératite interstitielle, l'auteur recommandait outre l'emploi de compresses chaudes (guimauve, fleurs de sureau) renouvelées, pendant une demi-heure, toutes les 3 ou 4 minutes et répétées 3 fois par jour, il recommandait l'usage prudent du sulfate d'atropine :

Sulfate neutre d'atropine ..	0 gr. 05
Eau distillée bouillie	10 grammes

Continué en instillations tous les jours ou tous les 2 jours.

Le praticien devait interrompre à la première constatation de la tension oculaire. A la période de régression, l'auteur préconisait la pommade au calomel et au précipité jaune :

Oxyde jaune Hg	1 gramme
Vaseline	20 —

Introduire gros comme un grain de blé, une fois par jour, entre les paupières.

Calomel	0 gr. 50
Axonge...	20 grammes

Le traitement général était dirigé contre la maladie causale. Lors de syphilis héréditaire, la recommandation était faite de prescrire le mercure sous toutes les formes, de préférence en injections ou en frictions alternant avec l'iodure de potassium. Lors de scrofule, de rachitisme, on avait recours à l'huile de foie de morue, à l'iodure de potassium, aux eaux minérales iodées, auxbains salés (7 à 8 kilogr. par bain).

A tous ces moyens, vient récemment de s'en ajouter un nouveau dont l'efficacité semble manifeste. C'est l'huile iodée (iodipin en Allemagne, lipiiodol en France) qui, dans la préparation de M. Lafay, contient 40 °/o d'iode. Emmagasinée dans l'organisme, cette huile offre l'avantage de ne céder son iode que peu à peu. Celui-ci se combine aux alcalins de l'organisme et l'élimination qui est lente aussi, s'en fait sous forme d'iodures surtout par les reins et la bile (Fillement, *Th. Nancy* 1902). Le remède s'emploie avec succès dans tous les cas qui réclament l'administration des iodures. M. le Dr Charles Chiron du Brossay a décrit avec soin les résultats qu'on obtient avec l'huile iodée dans le traitement de la kératite interstitielle (*Th. Paris*, 1902).

On la peut employer à l'intérieur. La formule suivante est reproduite par M. du Brossay :

Lipiiodol à 40 °/o	20 cent. cubes
Gomme adragante	1 gramme
— arabique	15 —
Sucre pulvérisé	40 —
Essence de menthe..... ..	8 gouttes
Eau, quant. suffisante pour.	300 cent. cubes

2 cuillerées à potage par jour, pour un adulte.

Le lipiiodol à 40 °/o est de préférence employé en injections : jusqu'à 5 ans, 1 centim. cube par jour; de 5 à 10 ans, 2 centim. cubes par jour; de 10 à 15 ans (3 centim. cubes), adultes (5 à 10 centim. cubes) (Bellencontre). L'injection est poussée profondément et lentement. Le nombre de piqûres est d'environ 30 : vers la fin une injection tous les deux jours suffit.

Les résultats sont excellents. L'huile iodée peut être considérée comme un spécifique pour les kératites interstitielles hérédo-syphilitiques, elle guérit des formes qui étaient restées rebelles au mercure et à l'iodure de potassium. Dans les kératites scrofuleuses, l'action sans être aussi spécifique, assure la guérison dans la majorité des cas (77 °/o).

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

La compression pubio-manuelle comme traitement des hémorragies après la délivrance. — Les hémorragies venant de l'utérus après la délivrance sont dues à l'inertie de cet organe. Les propriétés de rétraction et de contraction de la fibre utérine font défaut; le sang des sinus placentaires ne trouvant plus d'obstacle à son passage, s'écoule et l'hémorragie durera aussi longtemps que les fibres périvasculaires n'auront pas repris leurs propriétés et ne pinceront pas les vaisseaux béants. L'inertie du muscle est totale ou partielle. Totale, l'utérus saigne dans toute l'étendue de sa surface interne; l'organe reste mou, difficilement perceptible par l'hypogastre ou bien si le sang s'accumule dans sa cavité, il forme une énorme tumeur pâteuse qui occupe tout l'abdomen. Au lieu d'être totale, l'inertie peut rester partielle et c'est là un point sur lequel a très bien insisté un élève de M. le Pr Fochier (de Lyon), M. le Dr Jean Reure (*Th. Lyon*). L'inertie, dans ces cas, n'occupe qu'une portion limitée de la matrice et, fait que n'avaient pas mentionné les auteurs, elle se localise surtout à la face postérieure du muscle, en sorte que la présence de l'inertie peut passer inaperçue; le confrère non averti, pouvant trouver un utérus dur, bien contracté, rétracté en avant et vers le fond. Si son attention n'est pas

Digitized by Google

éveillée par la possibilité d'une inertie partielle de rétraction et localisée à la face postérieure, quelquefois assez bas, il ne saura à quelle cause attribuer la perte de sang et la thérapeutique qu'il instituera ne pourra être rationnelle. Il est donc indiqué, dans toute hémorragie qui suit la délivrance, de plonger toujours la main en arrière de l'utérus, en déprimant la paroi abdominale et d'examiner avec soin la paroi postérieure de l'utérus dans le Douglas. On y trouvera souvent la cause de la perte de sang.

Le défaut de rétraction totale de l'utérus peut tenir à des causes locales (rétention d'un cotylédon ou de fragment de membranes, utérus fatigué par un accouchement trop prolongé ou des grossesses répétées, distension excessive par une grossesse gémellaire ou par excès de liquide amniotique ; délivrance faite trop peu de temps après la sortie du fœtus) ou générales (faiblesse de constitution, hygiène défectueuse, maladies chroniques : tuberculose, mal de Bright, affection cardiaque, anémie, intoxication : doses massives de chloroforme).

Les traitements opposés à l'hémorragie utérine après la délivrance sont nombreux. Il y a d'abord les injections intra-utérines d'eau chaude; acceptées par tous, et faites avec douceur, au moyen d'une sonde appropriée (sonde de Budin, de Reverdin) elles provoquent bien rarement des accidents (pénétration du liquide dans les trompes, les veines, frissons et fièvre, symptômes de péritonisme, accidents hystéro-épileptiformes, vertiges, syncopes). Toutes ces complications ont été signalées; elles ne sauraient entrer en regard de la multiplicité de cas où l'injection intra-utérine n'a produit que des résultats immédiatement favorables. A Lyon, on se sert comme liquide de la formule de Tarnier :

Iode.....	3 grammes
Iodure de potassium.....	6 —
Eau	1.000 —

Faute de cette solution, le praticien pourra user d'eau bouillie ; mais que de temps nécessaire à l'ébullition ! Les minutes pressent; l'intervention ne saurait tarder aussi longtemps ; c'est pourquoi bien souvent le praticien use d'une méthode plus expéditive. Il introduit directement la main dans l'utérus, de façon à comprimer avec le poing les sinus veineux ouverts en même temps qu'il met en jeu la contractilité du muscle. Le procédé est excellent ; il n'expose qu'à un risque : l'infection de la femme. Car dans sa hâte à intervenir, le praticien n'a pas toujours eu le loisir de réaliser l'asepsie parfaite de ses ongles et de ses doigts. M. Reure oppose en outre à cette manœuvre quelques autres griefs. Il lui reproche d'être douloureuse et parfois aussi inefficace.

C'est pourquoi à ce dernier procédé, à tous les autres moyens usuels adoptés, à l'emploi de l'ergot dont l'action ne se manifeste que de 10 à 15 minutes après l'absorption et qui ne saurait être prescrit que lorsque l'utérus est vide, à la compression de l'aorte contre la colonne vertébrale, soit en déprimant la paroi abdominale, soit à travers l'utérus, compression qui pourrait jamais n'être qu'une ressource momentanée, au tamponnement intra-utérin lequel n'est applicable dans de bonnes conditions que dans un service hospitalier, M. Reure préfère la méthode employée dans le service de M. le Pr Fochier. C'est la *compression pubio-manuelle* dont le manuel opératoire peut se résumer ainsi : se tenant sur le côté gauche de la malade de préférence, l'accoucheur plonge l'extrémité des quatre doigts réunis de la main droite en arrière de l'utérus, entre cet organe et la colonne vertébrale ; il pénètre aussi profondément que possible et reporte ensuite la main en avant de façon à comprimer l'utérus contractile dans toute sa hauteur, soit contre le pubis, soit contre la main gauche qui est étendue à plat sur la paroi abdominale au-devant de l'utérus et appuyant par son bord cubital sur le sommet du pubis. Dans les cas où l'inertie n'est que localisée, la compression peut se borner aux points inertes. De même on la peut suspendre pendant la contraction en se tenant prêt à la reprendre sitôt que l'inertie de rétraction se manifeste. La manœuvre peut se prolonger 10, 15, 20 et même 25 minutes, sans fatigue notable pour l'opérateur, grâce au repos que permettent les reprises de contraction. Aucun préparatif n'est nécessaire ; on ne perd pas de temps. Il ne faut ni instrument, ni aide. L'effet est immédiat et permet d'attendre la préparation ou les effets d'autres modes de traitement (ergot, injection chaude, injection de sérum artificiel). La mise en pratique de cette méthode est, on le voit, appelée à rendre de grands services à nos confrères des villes et de la campagne. — L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement du tétanos. — S'il fallait démontrer la faiblesse du jugement critique qui accueille les innovations chirurgicales les plus hasardeuses, les moins justifiées aussi, le rapport très documenté que M. Vallas (de Lyon), vient de présenter à l'*Association française de chirurgie*, en soulignant les erreurs commises, en fournirait une nouvelle preuve des plus convaincantes. Et vraiment il y a de quoi troubler le praticien. Un jour on lui annonce comme une merveille, l'essai d'une tentative chirurgicale. Le lendemain l'aveu est fait qu'on s'était avancé à tort. Il n'y a pas de merveille du tout et la méthode

Digitized by Google

éconisait comme infaillible est reconnue
e et de tout danger.
8, tout à coup une grande nouvelle se ré-
raité après trépanation et *injections intra-*
s de quelques gouttes de sérum anti-téta-
tétanos guérissait sûrement. A preuve le
tenu sur un malade de Chauffard, trépané
u et injecté par Roux lui-même. Le malade
ri. On en conclut que tous les tétaniques
guérir. Il ne s'agissait que de leur ouvrir
Un rien comme opération, et la réussite
Cet enthousiasme ne devait pas durer. On
bientôt qu'il n'était nullement justifié. La
était énorme : 61 0/0, et sur ce nombre
uns sans doute avaient succombé moins au
u'à la gravité de l'intervention elle-même.
n effet peut entraîner des troubles graves :
llucinations, crises convulsives, désordres
u cœur, tachycardie ou ralentissement des
s, élévation thermique. La raison de ces
fut découverte à l'autopsie. Elle montra des
morragiques, des plaques de méningite au
s piqûres, et dans un cas, un abcès cérébral
rta le malade après la disparition des
s tétaniques.
re de la médecine et de la chirurgie con-
es offrent malheureusement plus d'un de
ples. On s'engoue hâtivement pour une
langereuse et les morts sont déjà là quand
oit qu'on s'est trompé. C'est là une ten-
lorable ; le *Journal des Praticiens* s'est
mposé pour devoir de mettre ses lecteurs
contre les dangers qui en résultent : les
nts téméraires et les conclusions préma-
rentrent pas dans sa ligne de conduite.
ctions sous-cutanées de sérum ont semblé
uelque effet, mais dans des conditions bien
es. Ces injections sont inefficaces contre le
nfirmé, seulement elles semblent agir sur
volution lente traversés par des attaques
s.
mence par injecter 30 ou 40 gr. en in-
ous-cutanées ou intra-musculaires et on
usqu'à ce que l'amélioration se produise.
de malades ont employé 300, 400 gr. de sé-
allas note l'histoire d'un nègre qui a reçu
nage 1,800 gr. C'est dire l'innocuité de la
On pourra donc l'utiliser sans inconvé

, Roux et Vaillard, au lieu de l'injection
ée, recommandèrent *la voie intra-veineuse.*
t pas que des accidents aient suivi cette
On conseille de ne pas injecter le sérum
que pur, mais de le diluer dans une assez
ntité de sérum artificiel, 500 cent. cubes

par exemple. La mortalité néanmoins reste assez forte : 41,9 0/0. La méthode par injections sous-cutanées donne 46 0/0 de décès. La différence de proportion est minime. Les praticiens opteront pour la méthode sous-cutanée, plus aisée, plus rapide et qui leur offre une sûreté d'action à peu près égale.

Quant aux nouveaux traitements médicaux, il semble vraiment que l'un d'eux jouisse d'une efficacité assez réelle. Tel le traitement de Baccelli par l'acide phénique. L'auteur conseillait d'injecter le remède sous la peau en solution à 2 ou 3 0/0, la quantité d'acide phénique injectée chaque jour devant atteindre 30 à 40 centigr. L'adjonction d'une faible quantité de glycérine ou de camphre à la solution atténue la sensation douloureuse. La médication est inoffensive ; malheureusement elle ne réussit pas toujours. Expérimentalement l'acide phénique n'est pas un remède spécifique contre le tétanos (Muzzio, J. Courmont et Doyon, Josias). Auprès des malades, la mortalité reste à 37 0/0 ; les Italiens soutiennent même que ce chiffre doit être abaissé à 10 0/0. C'est trop beau. Il est à craindre qu'en Italie on ait surtout signalé les succès et que tous les échecs n'aient pas été livrés à la publicité. Ces réserves exprimées, le remède, sans guérir tous les cas, n'en produit pas moins des effets précieux : il atténue les spasmes et les contractures, modère le pouvoir réflexe des centres nerveux, et peut être favorise la production de l'anti-toxine. Les praticiens pourront donc, soit employer les injections sous-cutanées de sérum, soit celles d'acide phénique, ces dernières offrant même sur les premières la supériorité d'être plus aisément préparées et tout au moins aussi actives.

Il eût été étonnant qu'on n'employât pas l'opothérapie dans le traitement du tétanos. On y a eu recours, mais sans résultat appréciable. Il ne suffit pas, comme on l'a démontré, que la toxine soit neutralisée *in vitro* par une émulsion de cerveau. Ce sont là expériences de laboratoire qui ne comportent aucune conséquence pratique. La preuve en a été fournie par Marie. Il injecte en même temps la toxine et l'émulsion en deux points différents du corps du même animal. Celui-ci prend le tétanos.

La guérison du tétanos est donc loin d'être obtenue par les moyens modernes. L'acide phénique, tant vanté, semble agir dans le même sens que le chloral, cet excellent médicament si universellement adopté ; grâce à son emploi nous avons pu guérir, dans une pratique de 23 années, trois cas de tétanos sur six que nous avons eu à traiter, la dose moyenne de chloral étant de 12 à 18 gr. par jour, 1 gr. toutes les 2 heures ou heure 1/2. Le traitement chirurgical sur lequel on avait fondé les plus grandes espérances, ne consiste plus, comme il s'était trouvé des chirurgiens pour le conseiller, dans l'ablation du foyer malade ;

Digitized by Google

il se bornera à la désinfection antiseptique de la plaie (Vallas).

Seulement si le traitement curatif n'est pas définitivement acquis, il n'en est pas de même du traitement préventif. Celui-ci réussit sûrement. La sérothérapie préventive possède une action certaine (Nocard). Tout blessé suspect de contracter le tétanos devra recevoir une injection de 10 cent. cubes le premier jour, une seconde injection le troisième jour, et enfin une troisième le dixième jour. Si la plaie tétanique persiste plus longtemps, surtout s'il se montre des complications locales, qui par des associations microbiennes favorisent la végétation du bacille de Nicolaier, il sera prudent de renouveler l'injection préventive tous les 15 jours.

HYGIÈNE

L'épuration des eaux d'égout. — Il ne s'agit pas de transformer les eaux d'égout en eau potable. La chose est possible, mais elle offre un inconvénient : la dépense. Pour l'éviter, on ne vise pas aussi haut. On se borne à débarrasser les eaux souillées des matières qui les polluent dans une mesure qui rende l'eau d'égout plus inoffensive. Pourvu qu'elle soit susceptible d'être rejetée sans inconvénient dans les cours d'eau publics et qu'on arrive à lui enlever son odeur, l'hygiéniste ne demande guère autre chose.

M. Léonard, de Kinnicutt (*Revue Scient.*, 6 sept. 1902), range sous plusieurs rubriques les méthodes capables de fournir pareil résultat : 1° *Méthode de dilution.* Les eaux d'égout sont rejetés dans l'Océan, ou dans un cours d'eau à flot abondant. Il ne faut pas que la quantité d'eau d'égout, comparée à la quantité d'eau de rivière destinée à la recevoir, dépasse la proportion de 1/100. Encore l'eau de rivière polluée de la sorte ne saurait-elle servir pour l'alimentation et risque-t-elle de contaminer les communes semées sur les rives.

2° *L'utilisation agricole.* — On avait pensé que les eaux d'égout avaient de la valeur en tant qu'engrais ; c'était une illusion. La vie végétale ne peut assimiler la matière organique qui se trouve dans l'eau d'égout. Pour qu'elle en puisse tirer parti, il faut que cette matière organique ait subi une décomposition préalable par les bactéries. L'utilisation agricole a échoué, sauf dans quelques cas où le sol disponible était de nature exceptionnelle et de très grande étendue eu égard à la population desservie (4/10 d'hectare pour 50 personnes). Les domaines irrigués de Paris, dont on parle souvent, sont loin d'avoir fourni un succès.

3° *Précipitation chimique.* — Le traitement chimique des eaux d'égout consiste à ajouter à ces eaux certains produits, généralement de la chaux et du fer, puis à amener le mélange dans de vastes bassins. Le liquide coule avec lenteur à travers ces bassins, de manière à permettre au précipité formé de se déposer. Une double objection se pose à ce procédé : 1° il est cher et revient en moyenne à 2 fr. ou 2 fr. 50 par an et par habitant ; 2° il est insuffisant, la quantité de matière organique enlevée ne représente guère que 55/100 de la quantité totale contenue dans l'eau.

De tels inconvénients ont fait abandonner les deux méthodes de l'utilisation agricole et de la précipitation chimique.

Aujourd'hui on recourt à d'autres procédés. Ils sont tous basés sur ce fait que les micro-organismes, toujours présents dans l'eau d'égout, détruisent dans certaines conditions toutes les substances nocives contenues dans l'eau d'égout. Ce sont : la *filtration intermittente*, le *traitement septique*, le *traitement par lits de contact*, la *filtration continue*.

4° *Filtration intermittente.* — En faisant passer l'eau à travers du sable, on favorise par le ralentissement des courants l'action des germes destructeurs de la manière organique morte. Il est deux sortes de ces germes, les anaérobies qui désintègrent et liquéfient les substances organiques complexes ; les aérobies qui changent ces composés simplifiés et liquéfiés en produits inoffensifs. Dans l'Etat de Massachussetts où des expériences dans ce sens furent faites en 1890, on reconnut qu'il fallait se servir de sable nivelé, drainé, réparti en couches de 1 mètre à 1 mètre 50 d'épaisseur, séparées les unes des autres par des digues de hauteur variant de 0 m. 90 à 1 m. 80, l'eau d'égout ne coulant que d'une façon intermittente et 6 heures sur 24. En ne faisant couler l'eau que cet espace de temps, le liquide se vidait par les drains et était remplacé par l'air, indispensable à la vie des aérobies. Ce procédé permet l'épuration de 560 à 850 mètres cubes d'eau par jour et par hectare de surface de sable.

L'épuration par filtration intermittente est excellente, mais elle nécessite de grandes quantités de sable. Or, en Angleterre, le sable n'est pas commun : c'est cette difficulté de se le procurer qui a inspiré un autre procédé, le traitement septique.

5° *Le traitement septique.* — Il s'opère dans un bassin, le bassin septique qui n'est autre chose qu'un bassin clos ou ouvert, à travers lequel l'eau d'égout coule continuellement, mais avec une si grande lenteur qu'elle met de 12 à 24 heures pour le traverser. Les bactéries provoquent des phénomènes putrides ; les matières solides gagnent le fond, des gaz s'échappent et comme ces gaz contiennent une forte proportion de gaz des marais (souvent jusqu'à 76/100) on peut les utiliser comme le gaz naturel soit pour

Digitized by Google

le chauffage, soit pour l'éclairage. La grande valeur pratique du bassin septique c'est que tout en enlevant 50 pour 100 des impuretés, il réduit la superficie du sable nécessaire pour l'épuration des eaux d'égout. Il n'offre qu'un inconvénient : le désagrément parfois insupportable de l'odeur.

6° *Traitement par lits de contact.* — Dans cette méthode l'eau n'est pas amenée lentement et filtrée à travers une couche de sable comme dans la filtration intermittente ; elle est au contraire versée *rapidement* dans un bassin étanche, rempli de matériaux tels que machefer, coke ou pierre cassée, et retenue dans ce bassin un nombre donné d'heures, après quoi le liquide est évacué rapidement. Ce procédé est imparfait ; il ne convient pas pour le traitement des eaux d'égout brutes, car l'action du lit de contact est de favoriser le travail des seules bactéries aérobies ; de plus le même bassin ne peut que servir deux fois, au plus trois fois par 24 heures, et pour rester en bon état, il faut qu'il soit laissé au repos un jour sur sept.

7° *Filtration continue.* — Elle a pour but, tout en permettant une filtration continue, d'assurer l'entrée de l'air nécessaire au fonctionnement des aérobies.

Les partisans de ce procédé visent à épandre l'eau d'égout clarifiée sous forme de jets fins, de manière que chaque goutte de liquide se trouve entourée d'air quand elle pénètre dans le filtre ; pour retenir cet air dans le filtre, il suffit de laisser celui-ci peu compacte et de le drainer soigneusement. Tout cela est bien en théorie, mais peu réalisable pratiquement. Il n'est pas aisé de construire un appareil automatique pour la pulvérisation de grandes quantités d'eau d'égout ; il n'est pas non plus aisé d'établir des filtres assez peu compactes pour assurer la présence continuelle de l'air. Ce procédé, bien que capable d'assurer le traitement de quantités plus grandes d'eau d'égout par hectare, est encore dans la période expérimentale. Il n'a pas encore fourni ses preuves définitives.

Restent donc deux méthodes recommandables : 1° la filtration intermittente dans les cas où l'on peut se procurer du sable aisément et économiquement, et 2° le bassin septique, ce dernier constituant la partie essentielle des méthodes bactériennes d'épuration.

CLINIQUE MÉDICALE

La myocardite rhumastismale aiguë. — La myocardite rhumatismale, si elle est signalée depuis longtemps, a été par contre assez peu étudiée. Il existe très peu d'observations où une histoire clinique de la myocardite rhumatismale soit suivie d'autopsie avec examen histologique. MM. Merklen et Rabé ont fait connaître ces observations au public médical en 1901. MM. Barié et Teissier se sont également occupés de la question dans une discussion à la Société Médicale des Hôpitaux (1901). Récemment M. le Dr A. Janot écrivait une monographie complète sur le même sujet (Paris, Steinheil, 1902).

Sur 24 observations de myocardite recueillies par l'auteur, 10 ont trait à des enfants. L'infection rhumatismale chez l'enfant est souvent très violente ; la fibre myocardique peut être atteinte malgré la vigueur qui lui est particulière dans le jeune âge. La répétition des attaques agit au même titre que l'intensité de l'infection : elle favorise la lésion du myocarde. L'existence d'une infection aiguë antérieure (fièvre typhoïde, diphtérie, variole, etc.), d'une intoxication (alcool et tabac), diminue également la résistance de la fibre cardiaque. La présence d'une lésion endocardique ou péricardique ancienne en poussant à la distension mécanique du cœur offre aussi prise, le poison rhumatismal venant plus aisément à bout d'une fibre déjà distendue et fatiguée antérieurement.

Rarement la lésion du myocarde est isolée ; le plus souvent l'endocarde et le péricarde ont été touchés du même coup, soit qu'ils présentent des altérations aiguës (péricardite aiguë avec dépôts fibrineux, endocardite valvulaire végétante), soit qu'ils offrent des lésions à évolution plus lente (symphyse du péricarde, endocardite chronique). Les différentes parties de la fibre musculaire sont atteintes ; il existe de la dissociation segmentaire, des altérations de la striation ; on retrouve des vacuoles entre les fibres, une tuméfaction des noyaux ; le tissu conjonctif présente des réactions assez atténuées (gonflement, infiltration par des éléments embryonnaires) ; la myocardite est surtout parenchymateuse. Les vaisseaux peuvent être atteints d'endo-périartérite et d'artérite oblitérante. Fait essentiel pour le praticien : ces lésions sont parcellaires et inégalement réparties ; c'est ce qui explique leur curabilité.

Les signes précoces sont l'oppression, une oppression survenant à l'occasion d'un mouvement, puis s'accentuant peu à peu, la douleur précordiale ou épigastrique, des syncopes, un œdème périphérique fugace qui indique le début de l'insuffisance cardiaque. L'examen du cœur montre la faiblesse du choc de la pointe, un déplacement de celui-ci en bas et en dehors, une augmentation de la matité cardiaque, cette dernière variant d'une heure à l'autre. Les bruits du cœur deviennent sourds, prennent le rythme embryo-cardiaque. M. Janot a noté l'accentuation du second bruit pulmonaire qui indique la gêne circulatoire de retour. On observe un bruit de galop ; des souffles valvulaires dus à des lésions orificielles anciennes, à une endocardite en évolu-

Digitized by Google

tion, ou bien des souffles fonctionnels, systoliques, doux, s'entendant à la pointe et liés au relâchement des valvules par affaiblissement des fibres musculaires des piliers.

Le pouls est rapide et mou, les palpitations peuvent apparaître sous forme de crises et s'accompagnant d'angoisse ou même de douleur; la dyspnée s'installe et celle-ci en l'absence d'une lésion pulmonaire grave est un bon signe de myocardite. Les troubles de la circulation périphérique se traduisent par de l'œdème et de la cyanose. Une augmentation de volume du foie, de la congestion passive des poumons, des reins, des syncopes et du délire ont été signalés.

L'évolution est en général rapide. L'issue se décide du 9e au 20e jour. La guérison est fréquente, mais il peut aussi y avoir mort. Celle-ci se montre subitement par syncope, ou survient plus lentement à la suite des asystolies habituelles. Dans les cas de guérison, on peut grouper les myocardites dont la lésion reste peu accentée (Renaut), et encore les pseudo-myocardites d'origine nerveuse, ces dernières ayant été bien étudiées par M. Huchard. Dans le diagnostic on éliminera l'endocardite (souffle à timbre plus rude, à localisations précises), la péricardite (différenciation souvent difficile ; dans la péricardite la matité prendrait une extension considérable surtout dans les second et troisième espaces intercostaux), l'hypertrophie du cœur (choc de la pointe large et fort, accentuation du second bruit aortique, hypertension artérielle). M. Huchard a insisté sur la thrombose auriculo-ventriculaire qui peut simuler une myocardite aiguë par l'analogie des accidents asphyxiques que la thrombose présente.

Le traitement sera d'abord prophylactique. Les complications cardiaques sont moindres chez les malades astreints au repos absolu. On les empêchera donc de bouger. Les toniques généraux (extrait de quinquina, sulfate de quinine), les boissons abondantes (régime lacté), maintiendront le cœur et combattront l'infection.

Le salicylate de soude sera administré dans un but prophylactique. M. Huchard a grandement fait valoir l'importance de cette pratique. Le salicylate de soude ne devra pas seulement être ordonné le jour; il sera ordonné la nuit. C'est la meilleure manière de prévenir les complications cardiaques.

Que la myocardite se produise, l'application de compresses froides, de vessies de glace sur le cœur, l'usage des toni-cardiaques (caféine, strychnine, huile camphrée, éther, en injections sous-cutanées, strophantus), seront mis en œuvre. L'ergotine pourra également être employée par son action sur les vaisseaux périphériques et son effet consécutif de renforcement systolique sur le cœur (Huchard).

La fatigue rhumatismale préarthropathique. — La sensation de fatigue dans le rhumatisme articulaire aigu n'est pas seulement un phénomène observé au cours de la maladie : on le rencontre dès le début et avant même que les symptômes articulaires aient paru. C'est là un fait sur lequel M. Huchard a insisté dans une de ses leçons cliniques. La particularité suivante peut même se produire : la sensation de fatigue se montre comme l'unique symptôme et peut même remplacer les phénomènes articulaires absents. C'est ainsi que H. Huchard fut dernièrement appelé auprès d'un enfant qui ne présentait d'autre signe qu'une lassitude extrême et des myalgies vagues. Le salicylate de soude aussitôt administré vint rapidement à bout des accidents. La sensation de fatigue disparut et avec elle l'infection rhumatismale dont cette sensation de fatigue était restée l'unique symptôme. Cette absence de douleurs articulaires dans le rhumatisme infantile est d'un avertissement qui ne sera pas négligé. Ces *accès de fatigue* sont, d'autre part, très fréquents chez tous les rhumatisants. En présence d'un syndrome caractérisé par de la lassitude et de cet endolorissement des masses musculaires, le praticien songera à la possibilité d'un rhumatisme articulaire fruste, si une infection d'un autre ordre (grippe) ne peut être soupçonnée. Le traitement par le salicylate de soude sera immédiatement institué, d'autant plus que M. Huchard a démontré combien était souveraine l'action de ce remède, alors qu'il était ordonné tout au début et à la phase bactérienne de la maladie, avant que les valvules du cœur touchées par les dépôts bactériens aient répondu à cette irritation par la production d'un travail inflammatoire.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le Pr Fournier fait une communication fort intéressante (reproduite *in extenso* en tête de ce numéro) sur une tumeur du petit bassin qualifiée cancer et qui guérit par le traitement spécifique.

M. Lancereaux signale un fait du même ordre : femme atteinte de tumeur du rectum considérée comme cancéreuse et qui guérit également par le traitement spécifique.

L'éruption de la Martinique. — M. de Kermorgant lit un mémoire sur l'éruption de la Martinique du 31 août. Parmi les cadavres, les uns étaient totalement carbonisés à côté d'autres qui ne présentaient aucune trace de brûlure. Pareils phénomènes rappellent ceux que l'on observe dans le cas de fulguration. On a incinéré 625 cadavres; mais ce chiffre est loin de donner le nombre total des

Digitized by Google

certain nombre de victimes étant restées en-
ıs la brousse ou sous les cendres.

NGER lit un mémoire sur l'énergie de croissance de valeur des lécithines, ces dernières favorisant ment de cette énergie.

:IÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

lénie lymphatique aleucémique. — MM. P.-E. A. CLERC. Homme de 63 ans, mort en dix mois ıvec tumeurs ganglionnaires généralisées, pléno-ıgère, faiblesse, fatigue extrême. L'anémie était 2.387.000 G. R.) mais la leucémie manquait; lans la numération des globules blancs on trou-hiffre surélevé de mononucléaires (79,50/100 polynucléaires et 0,50 éosinophiles).

le dans la paralysie générale. — M. JOFFROY. sie générale peut débuter par des phénomènes ceux-ci disparaissant d'ordinaire assez vite, mais ıssi récidiver. Tantôt il s'agit d'aphasie senso-tôt d'aphasie motrice. M. Ballet fait observer à la discordance apparente possible entre les ıtomiques et les troubles fonctionnels. Les zones correspondant à la faculté du langage ne sont ırs atteintes.

lte post-pneumonique non suppurée chez une nne. — M. LEGENDRE. La thyroïdite consécu neumonie est rare et se termine d'ordinaire par ıtion. Ici la tumeur thyroïdienne existant anté-t ne suppura pas et la durée de la thyroïdite fut urs, comme celle de la localisation pneumonique te.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

rostatectomie. — M. LEGUEU. L'auteur a prati-ıstatectomies suivies de 11 guérisons et une mort. ın est indiquée s'il y a dysurie avec rétention rosse prostate, dans le cas de rétention chronique avec prostate volumineuse et s'il n'y a pas de ıscérale, dans certains cas de rétention chronique e, enfin chez certains calculeux à grosse pros-

une opération qui en dépit des beaux résultats ne sera pas pratiquée par la majorité des prati-nme il entre heureusement dans leurs habitudes, ıcideront à parler d'intervention et à adresser leur l'hôpital que lorsqu'il leur sera prouvé que le , dont ils usent habituellement (régime sévère, me, lavements chauds) ne produira pas de résul-

BULLETIN DE LA SEMAINE

Les cours de vacances. — Les cours de vacances dont nous avons déjà parlé (n° 30) répondaient à un besoin qui en devait assurer le succès. A la Faculté, les cours sont dispersés, étendus sur de trop longs intervalles, peu appropriés par les développements théoriques dont ils s'alourdissent aux nécessités rapides de la pratique courante. D'ailleurs les accessoires encombrants dont se munissent les cours officiels ne leur assurent pas cette première qualité que devrait posséder tout enseignement : d'être complet. Les spécialités ne sont pour la plupart pas enseignées à la Faculté ; quand elles y trouvent place, elles sont délayées dans une exposition trop savante et toujours interminable. Ce qu'il faut au praticien, ce sont des connaissances réduites à leurs portions utiles et directement applicables ; ce sont aussi des connaissances ramassées en une série de leçons rapprochées et pas trop nombreuses, de manière à pouvoir être présentées dans un temps très court, en sorte que le confrère, en quelques semaines, puisse s'initier à la pratique des différentes spécialités et apporter une compétence avertie à leur traitement.

Or ce programme que la Faculté semblait se reconnaître impuissante à réaliser, puisqu'elle n'a jamais tenté de l'entreprendre, vient d'être accompli avec un succès éclatant par les cours de vacances. De 200 à 300 confrères se sont fait inscrire aux leçons des différentes spécialités ; une soixantaine de confrères de la province, une dizaine de confrères étrangers avaient fait le trajet tout exprès et avaient accepté le sacrifice d'un séjour de trois semaines dans la capitale pour compléter un enseignement dont ils n'avaient emporté de l'école que des notions précaires et vagues.

Puisse ce succès mérité frapper d'une noble émulation les Maîtres de l'Ecole ! Il ne tient qu'à eux, à leur volonté active et persévérante, de fournir aux étudiants l'enseignement qui leur sera nécessaire au cours de leur carrière. En attendant que pareil progrès soit accompli, nous applaudissons à l'effort des promoteurs qui ont organisé les cours de vacances. Ils ont montré qu'une initiative privée parvient souvent mieux à son but qu'une organisation officielle et que de jeunes Maîtres, uniquement mus par le désir d'être utiles, savent grouper autour de leur enseignement un auditoire plus dense que celui qui s'espace à des distances funèbres sur les bancs morts de certains cours à la Faculté.

Le Voyage d'études aux Eaux minérales

Un journal de province, l'*Impartial de l'Est*, à propos de la caravane médicale qui s'était arrêtée à Bussang, et du banquet qui fit suite, signale parmi les convives, M. Huchard. — C'est là une erreur. — M. Huchard n'assistait nullement à ce banquet, pour cette raison qu'il ne fait plus partie de la Société. Depuis longtemps il a donné sa démission de membre du Comité de patronage des Voyages d'études aux Eaux minérales, pour des raisons qu'il a fait connaître aux intéressés.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

La démence précoce, par G. Deny, médecin de l'hospice de la Salpêtrière et P. Roy, interne des hôpitaux de Paris. — J.-B. Baillière, 1903, 1 vol. de 96 p. (*Actualités médicales*).

Monographie complète et marquée par la compétence des auteurs d'une note originale. Le lecteur y trouvera l'histoire de cette singulière affection qui frappe surtout les jeunes gens et constitue une entité morbide autonome, aussi nettement distincte que la paralysie générale et méritant, au même titre qu'elle, d'occuper une place dans le cadre des maladies mentales.

Concours du Journal des Praticiens

Nous rappelons à nos lecteurs que tous les Mémoires ou travaux pour ce concours, doivent être envoyés ou déposés au bureau du journal, *à l'adresse de son Directeur*, avant le 15 novembre 1902 et avant six heures du soir.

Les Mémoires ou travaux reçus après cette date, n'auront plus droit au concours.

Nous rappelons que les auteurs ne doivent pas se faire connaître et qu'ils doivent faire précéder les mémoires d'une devise correspondant à leur nom indiqué sous pli cacheté. (Se reporter au n° du 18 janvier pour les conditions du Concours.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les effets et avantages de l'ovo-lécithine

A la suite de Coulombe, de Morichau-Beauchant d'Ariès, de Boulanger, M. Claude Maillon a consacré sa thèse de doctorat à l'étude de la lécithine. Les travaux des auteurs précédents avaient bien mis en relief les principales affections justiciables du traitement par la lécithine. A ce point de vue le travail de M. Maillon n'apporte pas d'indication nouvelle. De même l'innocuité du médicament, l'augmentation si nette de l'appétit produite sous son influence, avaient déjà été signalées. Il constate aussi l'action sur le poids des malades, action qu'il trouve constante chez les chlorotiques, moins constante chez les tuberculeux où il l'observe cependant aux trois périodes classiques de la phtisie.

Si, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de la chlorose, des troubles fonctionnels du système nerveux, M. Maillon ne fait que confirmer les bons et quelquefois remarquables résultats signalés par les auteurs précédents, il apporte une note nouvelle dans l'étude de l'action de la lécithine sur la température et dans l'étude de l'élimination urinaire.

L'action sur la température serait nulle ; cela constituerait donc un avantage si l'on tient compte de la tendance actuelle à ne plus combattre les pyrexies.

Au sujet de l'élimination de l'acide phosphorique, M. Maillon est en contradiction avec MM. Desgrez et Ali-Zaky. Nous devons dire que les travaux effectués dans le service de M. Huchard qui n'ont pas été encore publiés et qui ont été suivis pendant une durée de plusieurs mois, viennent plutôt à l'appui de la thèse de M. Maillon. Nous n'avons constaté qu'une régularisation de l'élimination de l'acide phosphorique, le rapport acide-phosphorique urée tendant vers la normale et n'étant pas toujours diminué comme l'indiquent MM. Desgrez et Ali-Zaky.

M. Maillon passe rapidement sur la comparaison de l'action de la lécithine pure et de celle de la lécithine combinée du jaune d'œuf, ce point était en dehors du programme qu'il s'était tracé. Il ne fait que s'en rapporter à l'opinion de Morichon-Beauchant et cite le cas de son malade qui, pendant 5 mois, prit chaque jour de 6 à 12 jaunes d'œufs sans retirer aucun bénéfice de ce régime et qui se trouva considérablement amélioré dès qu'il prit de la lécithine.

Nous avons déjà donné dans ce journal les raisons chimiques qui faisaient prévoir que la lécithalbumine du jaune d'œuf ne pouvait pas avoir une action semblable à celle de la lécithine pure séparée de ses combinaisons albuminoïdes. Nous avons relaté toutes les observations cliniques qui confirmaient ces vues à priori ; nous n'y reviendrons donc pas pour le moment, d'autant que des expériences physiologiques actuellement en cours nous permettront de donner de cette différence d'action des preuves irréfutables.

En résumé, les observations personnelles de M. Maillon justifient les espérances que l'on avait fondées sur la lécithine et montrent que les premiers expérimentateurs ne s'étaient nullement illusionnés sur la valeur de ce nouveau médicament. Entre toutes les préparations de lécithine, c'est l'ovo-lécithine qui, employée dans les services hospitaliers de Paris, a fourni les meilleurs résultats.

Hygiène et antisepsie rationnelle de la bouche et des dents

On connaît l'utilité des gargarismes antiseptiques pour les soins de la bouche et leur efficacité pour combattre les infections pharyngées et grippales. Une notion tout aussi importante mais moins répandue consiste dans la nécessité du savonnage des dents. Nous ne saurions trop recommander dans ce but l'emploi du *Savon Vallet au thymo-menthol*. C'est là une préparation excellente comme dentifrice biquotidien et aussi comme préservatif de toutes les infections pénétrant par la voie buccale. Toutes les personnes qui ont usé du *Savon Vallet au thymo-menthol* s'en sont trouvées très satisfaites et les praticiens qui l'ont ordonné une fois continuent de le prescrire avec un succès qui ne se dément pas.

Prix de la boîte de *Savon Vallet* : 3 francs. Paris, Pharmacie Normale, 19, rue Drouot.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement médical de la péricardite rhumatismale aiguë

Par M. H. HUCHARD
Médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine

Le traitement des péricardites est *médical* ou *chirurgical*. Il est seulement médical dans la péricardite sèche et dans la péricardite adhésive, ou symphyse cardiaque, quoique dans ces derniers temps on ait voulu imaginer théoriquement un traitement chirurgical contre les adhérences ; il doit rester médical dans les péricardites à épanchement, tant que celui ci ne compromet pas le fonctionnement du cœur et qu'on peut espérer la résolution parfois rapide du liquide, comme cela survient souvent dans celles qui sont d'origine et de nature rhumatismales. Il est chirurgical par la *paracentèse* du péricarde, lorsque l'abondance et la rapidité de l'épanchement menacent l'existence du malade, ou par la *péricardotomie* avec ou sans lavage de la séreuse, lorsque l'épanchement est chronique et surtout de nature purulente.

I. — PÉRICARDITE RHUMATISMALE

Pour la péricardite rhumatismale, il existe, par le salicylate de soude, une médication qui, pour ne pas être curative, possède une action *préventive* (1), absolument applicable au traitement de l'endocardite de même nature. Si beaucoup d'auteurs ne partagent pas cette opinion, c'est probablement parce qu'ils n'obéissent pas aux règles précises qui doivent toujours présider à l'administration du salicylate de soude, surtout dans le rhumatisme aigu des enfants ou des jeunes sujets chez lesquels le cœur est si souvent atteint parce qu'il se comporte comme une articulation, chez lesquels encore les manifestations péricardiques sont particulièrement fréquentes.

Au sujet de ce mode d'administration, il y a trois règles à observer : 1° prescription du salicylate à haute dose dès la première apparition des douleurs rhumatismales ; 2° fractionnement des doses ; 3° continuation de la médication après la sédation des douleurs articulaires.

1° *Il faut agir vite et à haute dose dès le début* (6 à 8 grammes chez l'adulte), et non d'une façon progressive, ce qui fait perdre un temps précieux, cela pour deux raisons : d'abord parce que le salicylate agit d'autant mieux que le rhumatisme est plus aigu et surtout plus récent ; ensuite parce que la précocité du traitement empêche souvent l'invasion des complications cardiaques, lesquelles peuvent se montrer du 3e au 5e jour du rhumatisme, parfois dès le premier jour, et même quelques jours avant toute arthropathie, surtout dans le jeune âge. Il faut se presser d'agir, d'autant plus que si le médicament peut prévenir l'endocardite ou la péricardite, il n'a aucune action curative sur ces complications, une fois constituées. Mais, ces complications survenant par poussées successives chez les rhumatisants, le salicylate paraît avoir une action curative, alors que seule l'action préventive persiste. Défions-nous, à ce point de vue, des « douleurs de croissance » dont on abuse, du rhumatisme articulaire toujours atténué chez les jeunes sujets, et même dans le doute agissons rapidement. L'enfant supporte bien des doses relativement fortes de salicylate (50 centigrammes à 1 gramme au-dessous d'un an ; 2 grammes entre 2 et 5 ans ; 3 à 4 et même 5 grammes entre 6 et 10 ans). Ainsi, l'on peut éviter un grand nombre d'affections valvulaires, et aussi la symphyse péricardique dont le pronostic est si sévère pour l'avenir.

2° Le *fractionnement des doses* s'impose en vertu d'une loi thérapeutique d'après laquelle les médicaments à élimination rapide, comme le salicylate, doivent être toujours prescrits à doses fractionnées dans le but d'en impressionner l'organisme d'une façon aussi continue que possible. Il s'impose encore en raison de la nature de la maladie, des allures rapides et fugaces de son micro-organisme encore mal connu, qui indiquent une action médicamenteuse prompte, énergique, répétée. D'un moment à l'autre, la maladie peut prendre une nouvelle acuité, et, contre ses retours offensifs et ses soudaines invasions, il faut que l'organisme, toujours sur la défensive subisse pendant assez de temps l'imprégnation médicamenteuse.

Une faute thérapeutique souvent commise dans le traitement des maladies infectieuses en général et du rhumatisme en particulier, consiste à faire absorber la dose entière du médicament pendant la journée, et rien pendant la nuit. Or, pendant la nuit, le rhumatisme veille et ne sommeille pas ; dans cette maladie, on constate souvent l'intégrité du cœur, le soir, par exemple, et son atteinte le lendemain matin. Le plus ordinairement, c'est parce qu'on a laissé le malade sans traitement pendant 8 et 12 heures. Donc, la médication *nocturne* du rhumatisme articulaire aigu s'impose toujours.

3° Le *traitement salicylé ne doit jamais être cessé brusquement ;* il doit être encore continué à dose moindre pendant 8 à 10 jours après la disparition des douleurs articulaires. Car il existe des endocardites et des péricardites, en apparence post-rhumatismales ; je dis « en apparence », parce qu'un certain endolorissement articulaire est là souvent pour démontrer que le malade n'est pas encore à l'abri des compli-

(1) HUCHARD. Traitement préventif de l'endocardite aiguë rhumatismale. *Thérapeutique appliquée*, fasc. X. Paris 1897.

Digitized by Google

cations cardiaques. Défiez-vous aussi de l'*action dissociée* du médicament; il a vaincu la fièvre en laissant subsister pendant des semaines encore quelques douleurs articulaires, ou plus rarement il a fait disparaître celles-ci en laissant un léger état fébrile. Alors, auscultez souvent le cœur et prescrivez encore le salicylate, parce que les rechutes sont toujours à craindre et parce que la trêve des complications endo-péricardiques n'est pas encore nettement survenue. L'action *préventive* des complications endo-péricardiques par l'administration hâtive du salicylate ne fait aucun doute, et nous avons remarqué, comme Gee et T. Roberts (1), la rareté des péricardites rhumatismales avec grand épanchement depuis l'emploi de ce médicament.

Malheureusement pour les autres péricardites secondaires, cette médication préventive n'existe pas. Nous sommes donc amené à étudier le traitement de la péricardite sèche, de la péricardite avec épanchement séro-fibrineux ou purulent, de la péricardite tuberculeuse, de la péricardite adhésive. Le traitement chirurgical comprendra ensuite la description de la paracentèse du péricarde et de la péricardotomie.

II. — Péricardite sèche

Dans toute péricardite aiguë, il y a lieu de combattre les symptômes d'éréthisme cardiaque qui en marquent parfois le début, ceux du processus anatomo-pathologique lui-même, enfin ceux de l'affaiblissement du myocarde.

Si l'on voulait réunir tous les médicaments qui ont été proposés contre cette maladie, on arriverait, comme nous l'avons vu pour l'angine de poitrine, à un total capable de jeter la confusion dans les esprits.

Médications ou médicaments inutiles et nuisibles. — De ce nombre sont, par exemple : la *vératrine*, que Friedreich recommandait, sans grand enthousiasme du reste, dans le but de diminuer la fréquence du pouls, et le *tartre stibié* à haute dose, employé par Jaccoud. Or, ces deux médicaments sont non seulement inutiles, mais nuisibles en raison de l'adynamie cardiaque qu'ils peuvent arriver à produire. Les mêmes remarques s'appliquent à l'*hydrate de chloral* que G. Balfour a recommandé à titre de sédatif du cœur.

Il en est de même des *saignées générales* qui ont trouvé d'ardents défenseurs chez Bouillaud, Hope et Gendrin, avec la pensée qu'elles étaient capables de « juguler » la maladie. Pour montrer à quelles erreurs et exagérations peut conduire l'esprit de système, il suffit de citer ce passage de Hope : « La perte de quelques heures, au début de la maladie, peut être irréparable... Si la maladie est récente et si l'état des forces le permet, il faut pratiquer d'abord une large saignée; l'incision de la veine doit être grande, et le malade sera saigné debout, dans le but de déterminer l'imminence d'une syncope! » Bouillaud, qui avait institué cette méthode de saignées répétées, vantait ses succès « vraiment inespérés » et prétendait avoir vu céder à des émissions sanguines généreuses, dans l'espace de 3 à 5 jours, presque toutes les péricardites qu'il avait rencontrées. Gendrin est beaucoup moins exclusif et il discute l'opportunité du traitement. Depuis cette époque, une réaction salutaire s'est produite contre l'emploi de la saignée générale, capable d'aggraver la maladie, parce qu'elle affaiblit non seulement le malade, mais encore son cœur.

Que dire du *mercure*, du *calomel* à doses fractionnées ou élevées jusqu'à salivation, médicaments introduits dès 1783 dans la pratique médicale par Hamilton et par Vogel à titre de résolutifs et d'antiphlogistiques, recommandés ensuite par Latham, Graves, Hope, Stokes, Elliotson, Fuller, Shearman, Taylor, et encore employés journellement par les médecins anglais? Ils abrègent la maladie, disent les uns; ils peuvent éviter les adhérences, proclament les autres. Or, rien n'est moins démontré, et il faut se ranger à l'opinion déjà ancienne de Bartholomé, Gendrin, Gairdner, Bamberger et Leudet, qui en ont condamné l'emploi. « L'action antiphlogistique du mercure, a dit Gendrin judicieusement, n'est qu'une hypothèse déduite d'une appréciation erronée des effets que ce moyen thérapeutique exerce sur l'organisme. » Les frictions à l'*onguent mercuriel* sur la paroi précordiale sont également inutiles, et Friedreich a raison d'affirmer qu'elles n'ont certainement pas l'efficacité qu'on leur a attribuée.

Passons sur les autres médicaments : sur le *tartrate d'antimoine* combiné avec le sulfate de magnésie et le calomel, sur l'emploi de 3 à 5 gouttes d'une solution de 5 centigrammes de *sublimé corrosif* dissous dans 12 grammes d'alcool rectifié (Eutenberg); sur le *nitrate de potasse* à haute dose auquel Aran attribuait une action antipyrétique; sur l'administration de l'*iodure de potassium* ou *de sodium* associés ou non à la teinture de digitale; sur l'emploi des préparations ferrugineuses et surtout du *perchlorure de fer*, médicaments proposés par Pize d'abord, puis par Barudel, enfin par Frederik T. Roberts (1); sur les *vésicatoires* vantés surtout par

(1) *System of medicin*, t. V. 1898.

(1) Pize (de Montélimar) avait dit que le perchlorure de fer ralentit le cœur (*Moniteur des hôpitaux*, 1857). Un an plus tard (*Gaz. hebd.*, 1858) Barudel cherchait à démontrer l'action sédative de ce médicament sur la circulation générale. A ce sujet de nouvelles expériences sont nécessaires.

Digitized by Google

Corvisart, Ph. Pinel, Hope, Bouillaud et Gendrin, dont la principale indication consiste à ne pas être indiqués surtout dans les maladies infectieuses aiguës, comme je l'ai démontré à plusieurs reprises et contre lesquels, dès 1835, Louis s'était déjà élevé en affirmant que « leur utilité dans les phlegmasies de la poitrine est de plus en plus problématique (1) ». Ils peuvent être indiqués pour atténuer certaines douleurs locales (et encore nous avons à notre disposition de meilleurs moyens), pour combattre peut-être certains épanchements chroniques et les adhérences péricardiques; mais, dans les péricardites aiguës et infectieuses, ils doivent être absolument proscrits.

Médications utiles. — *a.* Si les saignées générales sont contre-indiquées, il n'en est pas de même des *émissions sanglantes locales* par les sangsues et surtout par les ventouses scarifiées. Elles sont certainement sédatives dès le début de la maladie, pour les douleurs, les palpitations, l'éréthisme cardiaque; elles peuvent même diminuer le processus inflammatoire en enlevant par l'intermédiaire des mammaires internes directement du sang aux vaisseaux du péricarde externe. Depuis Bartholomé (1846), tous les auteurs partagent cet avis, et Gendrin recommandait de faire pratiquer l'émission sanguine locale vers le sommet de la région précordiale sur le bord du sternum « pour se rapprocher de l'origine des plus nombreux et des plus riches rameaux vasculaires communs au péricarde et aux parties environnantes ». Ainsi que l'a fait remarquer G.-H. Roger (2), les ventouses scarifiées appliquées sur la région du cœur n'agissent pas du tout comme une saignée générale, et on peut en grande partie les faire rentrer dans la classe des révulsifs, lesquels se comportent différemment : les uns, en congestionnant la peau, comme les *sinapismes* et les *pointes de feu*, modifient l'hydraulique sanguine ; les autres, comme les *ventouses sèches*, extravasent une certaine quantité de sang ; les autres enfin (ventouses scarifiées) dégagent le système veineux afférent à l'organe malade. Modérer la réaction inflammatoire qui peut dépasser le but, telle est l'indication thérapeutique, et G.-A. Roger en donne un judicieux exemple : Une lésion cutanée bénigne, comme un furoncle, peut développer à son voisinage un œdème parfois énorme, Quand il s'agit de la peau, l'inconvénient peut être de légère importance ; mais, quand il s'agit du cœur, la diffusion de la lésion pourra avoir de graves conséquences. « Voilà pourquoi, ajoute-t-il, la révulsion s'impose et qu'elle est d'autant plus utile que la partie atteinte est plus élevée dans la hiérarchie organique. »

b. L'emploi de *topiques réfrigérants*, d'une vessie de *glace* sur la région précordiale, a été surtout préconisé par Gendrin pour combattre les phénomènes d'éréthisme cardiaque, les palpitations, et il avait soin d'en défendre l'application trop prolongée, parce qu'elle serait capable de déprimer l'action de l'appareil circulatoire et du système nerveux. En Allemagne, les médecins, parmi lesquels Friedreich tout d'abord, se sont beaucoup inspirés de cette pratique très recommandable. Car, ainsi que le fait remarquer G.-H. Roger, l'action est complexe : déperdition de calorique, augmentation de tonicité des muscles vasculaires et du myocarde, resserrement des vaisseaux superficiels et même profonds, les expériences de Frédéricq ayant démontré que l'application de glace sur le crâne arrive à produire non seulement le resserrement des artérioles cutanées, mais aussi celui des artérioles méningées par une véritable vaso-constriction réflexe. La réfrigération locale de la paroi précordiale ralentit le cœur et augmente la tension artérielle.

L'application de la *chaleur* a été combattue par Bamberger et Friedreich, en raison de l'accélération des battements du cœur dont elle est suivie, comme les expériences de Calliburcès (de Naxos) l'ont autrefois démontré (1). Cependant, dans certains cas de péricardites très douloureuses, je n'hésite pas à y recourir, parce que ce moyen peut contribuer, non seulement à accélérer les mouvements du cœur, mais aussi à fortifier la contractilité du myocarde susceptible de s'affaiblir jusqu'à la syncope sous l'influence de fortes douleurs, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales de Mantegazza (2).

c. L'*opium* a été employé par Gendrin aux doses de 1 à 20 centigrammes par jour, dans le but de calmer les accidents nerveux « à forme spasmodique », tandis qu'il réservait le *musc* pour les symptômes délirants. Or, ceux ci ne sont pas à combattre puisqu'ils font défaut dans la période de début des péricardites, et d'autre part tout en reconnaissant que les doses d'opium indiquées sont trop élevées, je trouve exagérée, sinon erronée l'opinion de Bernheim qui accuse ce médicament d'accentuer encore la faiblesse cardiaque, d'augmenter et même de provoquer l'asystolie. Au contraire, j'ai contribué à confirmer l'opinion ancienne de Sydenham qui regar-

(1) H. Huchard. Le procès du vésicatoire. *Acad. de méd.*, 1897. — Louis. Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires. Paris, 1835.

(2) G.-H. Roger. Les maladies infectieuses. Paris, 1902.

(1) Calliburcès. L'influence de la chaleur sur l'activité du cœur. *Gaz. hebd.*, 1857.

(2) Mantegazza. Influence de la douleur sur la calorification et les mouvements du cœur (*Gazetta med. ital. lombardia*, 1866.)

Digitized by Google

gardait l'opium comme un « excellent cordial », et dernièrement Ewald, sans connaître les travaux français à ce sujet, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions (1).

d. Lorsque se présente l'indication, non seulement de combattre l'éréthisme cardiaque, mais aussi de calmer les symptômes douloureux, parfois prédominants, les applications locales de *salicylate de méthyle* sont indiquées, et j'y ai recours avec grand avantage ainsi qu'à une pommade renfermant 10 à 15 grammes de ce médicament pour 50 grammes d'excipient (2).

e). La *digitale* est un médicament précieux qu'il faut savoir utiliser au début et dans le cours de la péricardite aiguë, sans s'arrêter aux objections erronées que Graves et Stokes opposaient à son emploi. D'après le dernier auteur, la digitale ne donnerait aucun résultat, tant que le cœur reste soumis à ce qu'il appelle « l'excitation inflammatoire »; elle peut être dangereuse dans les périodes avancées de la maladie lorsqu'il y a débilitation de l'organe, elle ne devrait être administrée que dans le cas où, après la cessation de la fièvre et la disparition des signes physiques, « le cœur se contracte avec une énergie anormale ». On verra que toutes ces propositions sont entachées d'erreurs. De son côté, Gendrin paraît surtout craindre les accidents gastriques à la suite de son emploi, et c'est pour cette seule raison qu'il recommande les petites doses. Puis, Bernheim veut faire dépendre les indications de la digitale de l'état du muscle cardiaque. Si celui-ci est dégénéré ou enflammé, il devient incapable d'un travail actif, et alors « le cœur ne gagnant plus en force ce qu'il perd en vitesse, l'insuffisance fonctionnelle est accrue de par la digitale ». Il ne croit le remède utile que dans les cas « où la faiblesse cardiaque est plutôt d'origine nerveuse que musculaire où elle résulte de l'innervation affable du cœur, sa musculature étant suffisamment conservée ». Or, en voulant ainsi poser des règles pour l'emploi du médicament, on peut dire que l'auteur les a du même coup supprimées. Il est d'abord absolument inexact d'affirmer et de répéter toujours que l'impuissance de la digitale marche de pair avec l'impuissance du myocarde, que l'une dépend de l'autre ; car la digitale réussit au contraire parfaitement sur le myocarde profondément dégénéré de la cardio-sclérose, comme le démontre l'expérience et comme l'enseigne la physiologie, le médicament portant son action sur l'appareil circulatoire tout entier. D'autre part la myocardite d'origine péricardique est plus rare qu'on le pense, et comment reconnaître sûrement cette myocardite, comment démêler ce qui appartient à l'affaiblissement nerveux ou musculaire du cœur?

L'indication de la digitale au début même de la péricardite ou dans son cours est chose beaucoup plus simple : elle s'adresse surtout à l'éréthisme de l'organe, aux palpitations, à la tachycardie, elle ne vise pas une action antifébrile ou antiphlogistique, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu. Le mode d'administration doit être simple également, et l'on doit condamner les associations médicamenteuses proposées par Friedreich, et renouvelées par Eichhorst (infusion de feuilles de digitale avec nitrate de potasse et de soude, acide phosphorique, élixir de Haller, etc.). Il faut se rappeler : que, « dans un médicament, il y a plusieurs médicaments » ; que la dose massive de 1 milligramme de digitaline cristallisée pendant un seul jour est une dose *anti-asystolique;* que les doses faibles et répétées pendant cinq jours au plus (tous les jours un granule de digitaline d'un quart de milligramme, ou encore X à XII gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième) sont des doses *sédatives* du cœur. C'est ce dernier mode d'administration qu'il convient d'adopter, et la digitaline cristallisée, fixe, stable et invariable, est toujours préférable aux tisanes, aux infusions, aux macérations de digitale. Enfin, en utilisant la lenteur d'action et d'accumulation de la digitale, il est un troisième mode d'administration de ce médicament auquel j'ai recours, non seulement dès le début des endocardites ou des péricardites, mais encore dans le cours des cardiopathies chroniques en imminence d'insuffisance myocardique. Je répartis en douze ou quinze jours la dose de 1 milligramme de digitaline cristallisée, et c'est ainsi qu'on arrive à constituer une dose d'*entretien cardio-tonique*, d'après cette formule : un demi, ou un milligramme de digitaline cristallisée pour 300 grammes d'eau (trois cuillerées à dessert par jour pendant douze à quinze jours). Sans doute, par cette méthode, l'action cardio-tonique de la digitale ne se fera réellement sentir qu'après six ou huit jours, mais elle maintiendra le myocarde dans un état de tonicité suffisante pour prévenir sa défaillance progressive.

f.) Stokes avait bien vu que dans le cours de la péricardite, « l'affaiblissement du cœur peut se montrer subitement ». Cet accident est rare et exceptionnel sans doute à la première période de la maladie, à la phase de péricardite sèche. Cependant, il convient d'être armé contre cet accident, et comme la

(1) H. Huchard. *Journ. de Thérap.*, 1876. — L. Renault. Opium dans la médication tonique. *Thèse de Paris*, 1876. — Gubler (*Soc. méd. des hôp.*, 1858) disait : « Porté dans la circulation, l'opium donne de la plénitude au pouls, élève la température, etc.»). — C. A. Ewald. *Berl. klin, Woch.*, 1901.

(2) Pommade au salicylate de méthyle : lanoline, 30 grammes ; vaseline, 20 grammes ; salicylate de méthyle, 10 grammes ; menthol, 5 grammes ; essence de lavande (pour désodoriser), 1 gr. (Appliquer gros comme une noisette sur les points douloureux et recouvrir ensuite d'une couche d'ouate avec taffetas gommé.)

Digitized by Google

digitale agit lentement, malgré son action tonique, sur le myocarde, on ne peut ici espérer en obtenir un résultat immédiat, lorsqu'on l'emploie sous forme d'injections sous-cutanées d'après une nouvelle préparation digitalique (1). Le mieux est de recourir aux injections sous-cutanées d'*huile camphrée*, d'*éther*, de *caféine*, de *sérum artificiel*, tout en administrant une dose d'un demi milligramme de digitaline cristallisée. Contre la défaillance du myocarde, on a proposé (F.-T. Robert) l'association de la *strychnine* et de la digitale. Je ne sais pas ce que vaut cette association, et cependant je la condamne en vertu de ce principe de thérapeutique physiologique sur lequel on ne saurait trop insister : la digitale, médicament actif par excellence, dont la propriété physiologique est bien connue, ne doit être associée qu'à des remèdes possédant une action synergique, et, à vrai dire, il est préférable, presque toujours, de ne l'associer à aucun autre médicament.

g). Pendant cette période, le malade sera soumis au *régime lacté* ou *lacto-végétarien*, non pas seulement pour assurer, comme on l'a dit théoriquement, l'élimination des toxines microbiennes ou autres, mais dans le but de diminuer, de faciliter le travail du cœur en détendant le frein vasculaire trop serré par d'autres toxines beaucoup plus importantes, les toxines vaso-constrictives de l'alimentation carnée. Dans certains cas même, on doit, pour répondre à cette indication primordiale de la suppression ou de l'atténuation des obstacles vasculaires au-devant du cœur, prescrire de temps en temps des médicaments vaso-dilatateurs : *trinitrine*, *tétranitrol*, *nitrite d'amyle*. Cette indication se rencontre plus souvent qu'on le croit, surtout au début de la péricardite et alors que les lésions sont encore superficielles. Les malades présentent en effet une pâleur parfois très accentuée des téguments, résultat de réflexes vasculaires partis du péricarde et capables, lorsqu'ils atteignent les artères nourricières du cœur, d'aboutir à de vives douleurs angineuses.

Telles sont les indications thérapeutiques principales qui peuvent se montrer au début ou au cours d'une péricardite aiguë, et tels sont les médicaments qui répondent le mieux à ces indications. Sans doute, on doit se préoccuper encore du traitement de la cause de la péricardite, de la maladie infectieuse qui lui a donné naissance. Malheureusement la médication vient ici presque toujours trop tard, puisque la maladie infectieuse a fait son œuvre sur le péricarde. Le mieux est donc d'instituer le traitement des graves états infectieux par l'emploi de l'*acide benzoïque* ou du *benzoate de soude*, médicaments capables, d'après A. Robin, d'augmenter les processus d'oxydation et de favoriser en les solubilisant la sortie des déchets de désassimilation. Cette sortie est favorisée par les *boissons abondantes* et *diurétiques*, le *laitage*, la *théobromine*. Le travail de phagocytose peut être favorisé et stimulé par les lavements et les *injections de sérum artificiel* qui tendraient à provoquer une abondante prolifération de la moelle osseuse. Or, « ce tissu fournissant à l'économie la plus grande partie des leucocytes chargés de sa défense, on comprend les excellents effets de cette thérapeutique, dans tous les cas où les réactions de l'organisme semblent insuffisantes ». (G.-H. Roger.)

Nous insistons beaucoup sur les principes de cette dernière médication, applicable au traitement des maladies infectieuses et sur laquelle nous n'aurons plus à revenir.

IV. — Péricardite liquide

L'épanchement péricardique est constitué, il reste stationnaire, ou il augmente sans compromettre sérieusement le fonctionnement cardiaque. Il n'y a donc pas indication à intervenir chirurgicalement.

L'épanchement s'est produit assez rapidement, comme cela survient dans la péricardite rhumatismale, mais le cœur continue à battre régulièrement, et avec une faiblesse toute relative qui ne menace pas l'existence. Il faut *savoir attendre*, puisque la clinique nous enseigne la possibilité de la résolution également rapide et spontanée de la péricardite rhumatismale, même avec grand épanchement.

Une dyspnée intense s'est installée atteignant l'orthopnée, avec symptômes d'asphyxie, cyanose, engorgement considérable du système veineux ; mais peu ou pas d'œdème périphérique, aucun signe encore d'asystolie. Il s'agit ici, soit d'un épanchement considérable arrivant à comprimer les deux oreillettes, soit de thrombose cardiaque qui est une des fréquentes complications d'épanchement péricardique. Une indication surgit immédiatement, non pas de la digitale, qui ne peut rien contre cette asphyxie d'origine mécanique, mais d'une large *saignée générale*, qui peut retarder, même indéfiniment comme j'en ai vu un exemple, l'opération de la paracentèse à laquelle on doit déjà se préparer.

La péricardite est devenue subaiguë ou chronique, l'épanchement persiste avec ou sans adhérence péricardique, avec ou sans myocardite. Nous avons devant nous le tableau symptomatique de l'asystolie avec ses stases viscérales, ses œdèmes périphériques,

(1) D'après un procédé imaginé par Rosenthal et Martignac (*Journal des Praticiens*, 1902), la digitaline cristallisée de Nativelle reçue dans un récipient huileux en injections sous-cutanées aux doses de 1/4 à 1/2 milligramme et même davantage, ne provoque ni douleur, ni irritation inflammatoire du tissu hypodermique. C'est ce qui résulte de recherches poursuivies sur ce sujet dans notre service par notre élève Durand (Des injections sous-cutanées de digitaline. *Thèse de Paris*, 1902).

Digitized by Google

la rareté des urines qui peuvent devenir albumineuses. Alors s'impose l'administration du médicament anti-asystolique par excellence, de la *digitale* à dose élevée (1 milligramme de digitaline cristallisée pendant un jour ou deux).

D'autres fois, l'asystolie se cantonne au foie, surtout dans la péricardite tuberculeuse ; il y a bien des œdèmes d'origine cardiaque contre lesquels l'action digitalique se fait sentir, mais il y a aussi des hydropisies d'origine hépatique (ascite), d'origine mécanique par compression des masses tuberculeuses. Contre ces dernières hydropisies, la digitale est impuissante. Par la *théobromine* il faut agir sur le rein.

Tout à coup, dans le cours d'une maladie infectieuse à forme hémorragique, dans le cours d'une pachy-péricardite à fausses membranes traversées par des néo-vaisseaux à parois frêles et fragiles, ou encore dans les péricardites scorbutiques du Nord de la Russie, tout à coup, dis-je, un épanchement rapide et abondant comprime brutalement le cœur et menace de l'arrêter : état des plus graves, avec lipothymies, syncopes, petitesse du pouls, etc., qui indique d'urgence la *paracentèse* du péricarde. — L'asystolie d'origine péricardique a pu céder à la digitale, mais elle récidive, devient permanente et irréductible, l'épanchement du péricarde est devenu chronique et ne peut plus se résorber : encore indication de la paracentèse.

L'épanchement est purulent (d'origine pneumococcique ou autre). Quand il est d'origine pneumococcique, une seule ou plusieurs ponctions du péricarde peuvent suffire. Dans tous les autres cas, c'est l'indication de la *péricardotomie* avec ou sans lavages de la séreuse.

On le voit, le problème réside dans les indications thérapeutiques. Quant à espérer résoudre un épanchement péricardique par des dérivatifs intestinaux, par des purgatifs salins ou drastiques, par les sudorifiques, par les diurétiques, par la digitale et par d'autres moyens encore, il n'y faut pas songer, et c'est entretenir la plus fâcheuse des illusions thérapeutiques que rééditer à ce sujet tout ce qui est redit dans quelques livres. On ne peut pas plus faire disparaître par ces moyens l'épanchement inflammatoire du péricarde qu'on ne peut résoudre celui de la plèvre ou du péritoine. Si la digitale diminue parfois quelques-uns de ces épanchements, c'est qu'ils sont complexes, d'origine à la fois inflammatoire et cardiaque. Lorsque Gendrin a dit, et que d'autres auteurs ont répété après lui, que la digitale peut concourir à « favoriser la résolution de l'inflammation du péricarde et à préparer la résorption de l'épanchement qu'elle a provoqué », lorsque ensuite il a craint par cette médication l'affaiblissement résultant des déperditions urinaires, il s'est doublement trompé ; ces déperditions urinaires ne sont pas à craindre puisquelles ne peuvent se produire que dans le cas d'hydropisies cardiaques ; cette résolution de l'épanchement n'est pas à espérer puisque la digitale est toujours impuissante pour résoudre un exsudat liquide d'origine inflammatoire. Sans doute, par là se rétrécit de plus en plus le cercle de notre action médicamenteuse ; mais, en thérapeutique, *melius est sistere gradum*, et il importe d'abord de ne pas prescrire de médicaments inutiles qui peuvent devenir nuisibles.

Ce qui a donné l'illusion de la puissance des diurétiques, des médicaments cardiaques, des purgatifs sur les épanchements péricardiques, c'est le fait suivant : Lorsque, dans les épanchements péricardiques inflammatoires, survient l'asystolie, celle ci peut déterminer, augmenter par elle-même l'épanchement du péricarde dont la composition devient complexe, puisque l'hydropisie du péricarde s'ajoute à l'épanchement inflammatoire de la séreuse et alors la digitale sans action sur ce dernier agira sur l'hydropisie du péricarde, puisqu'elle est par excellence le médicament des œdèmes et des hydropisies cardiaques. Dès qu'on aura vaincu par elle les troubles asystoliques, on aura diminué l'épanchement du péricarde, mais une partie de celui-ci étant d'origine inflammatoire restera irréductible, de sorte qu'encouragés par un demi-succès, par la résorption d'une certaine quantité de liquide, quelques médecins ont une tendance à continuer l'administration du médicament : faute grave contre laquelle il faut protester, puisqu'elle peut conduire à l'affaiblissement du myocarde et à l'asystolie digitalique (1).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

L'Asthme neurasthénique

Si l'asthme neurasthénique est rare, à tel point que M. Bouveret ne le signale qu'en passant et d'après une observation de Brissaud, il suffit d'un malade atteint de cette affection pour dérouter les efforts du praticien. Cette éventualité pourra se produire plus souvent qu'on ne croit : la maladie ne court pas les rues, mais les malheureux qui la portent tirent à toutes les sonnettes de médecin. Le même neurasthénique est vu par quinze, vingt confrères ; s'il est atteint d'asthme, sa complication, si peu vulgaire soit-elle, arrêtera l'attention d'un grand nombre. Parfois le diagnostic de tuberculose sera porté ; l'état d'amaigrissement, les digestions difficiles, l'examen

(1) Extrait du 1er fascicule du 3e volume : *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, sur le point de paraître.

Digitized by Google

du poumon qui avec des lésions d'emphysème, laissera entendre des râles humides à un sommet, plaideront en faveur de la tuberculose. Ce sera une erreur. Il nous est arrivé à mon maître M. le Pr Albert Robin et à moi de traiter une malade de cet ordre. Le traitement que nous avons institué à diverses reprises ayant amené la guérison que d'autres médications dirigées contre la lésion locale ne faisaient qu'entraver, je vais résumer l'histoire de cette neurasthénique.

Madame X..., 50 ans, a eu trois enfants. Est restée bien portante dans son jeune âge. En 1896, à la suite de contrariétés domestiques, est prise de troubles digestifs, d'angoisses, de craintes de la mort. Quelques mois se passent. puis les digestions deviennent de plus en plus pénibles ; la constipation s'installe, l'appétit est conservé, mais de la distension stomacale apparaît; des renvois un malaise général envahissent la malade après les repas. Elle maigrit, l'état névropathique s'exagère, les nuits sont agitées et traversées de cauchemars.

Telle est la première phase de la maladie qui rentre dans les formes communes ; l'estomac et le psychisme de Madame X... sont simultanément atteints. Entre temps, les règles, qui paraissaient d'une façon irrégulière, se suppriment.

Deux ans plus tard, en 1898, l'élément pulmonaire vient se mettre de la partie. Madame X... aurait été atteinte de grippe ? A-t-elle eu de la fièvre? Ce qu'elle peut nous assurer, c'est qu'elle souffrait d'une oppression très pénible tout le jour avec toux et paroxysmes nocturnes, se répétant une ou deux nuits de suite, pour s'amender au bout de ce temps. Traitée par la quinine à l'intérieur, des potions expectorantes, des vésicatoires, elle va de plus en plus mal. Très faible, c'est à peine si elle a la force de quitter son lit pour s'asseoir dans un fauteuil. Nous voyons la malade pour la première fois en novembre 1898 ; la poitrine est globuleuse et la sonorité des sommets exagérée ; des sibilances encombrent les deux poumons ; au sommet droit et en arrière, la respiration obscure est entrecoupée de râles humides. L'expectoration est muqueuse, très abondante; non seulement des mucosités bronchitiques la composent, mais la salive elle-même est rejetée incessamment. La malade passe son temps à cracher. Pas de fièvre, mais dégoût complet pour les aliments, langue pâteuse, chargée, constipation opiniâtre. Les urines ne renferment pas d'albumine, mais un excès d'acide urique.

La malade ne digérait pas : elle abusait de la quinine. Naturellement il était indiqué de supprimer tous les remèdes qui ne faisaient que pousser à la gastrite médicamenteuse. Grains de santé contre la constipation ; eau d'Evian contre l'acide urique en excès, un verre au lever et au coucher ; régime lacté mitigé ; injections sous-cutanées de glycérophosphate.

Un mieux se produit, mais le besoin de se droguer tourne à l'état d'obsession. La malade avale tous les remèdes prônés à la 4e page des journaux. Elle ne tarde pas à retomber; l'oppression reparaît plus forte ; l'estomac refuse tout aliment.

Sur notre conseil, elle se sépare de son milieu familial et va s'isoler à Paris où je l'adresse à M. le Pr Albert Robin. Ce dernier ordonne le repos et le régime lacté exclusif. Une nouvelle amélioration se manifeste, le poids augmente de 16 livres. L'oppression s'amende, l'estomac supporte volontiers le lait.

Mais voici que des mois se passent, la malade est retournée dans son pays. Heureuse de supporter son lait, elle refuse de quitter son régime et n'ose absorber le moindre aliment. En effet, dès qu'elle s'y essaie, un malaise la saisit, la langue se charge, elle va bien plus mal. De même pour les bronches : Madame X... a peur de l'air, comme elle redoute les aliments. La moindre impression de froid lui donne son asthme; elle passe son temps dans un fauteuil, un mouchoir aux lèvres pour réchauffer l'air qu'elle respire.

Décidément il y a là un état psychique qu'on ne combattra que par un effort et la présence quotidienne du médecin. Madame X... ne digère pas, parce qu'elle est convaincue qu'elle ne peut digérer. Elle prend de l'oppression parce qu'elle est convaincue que la respiration de l'air du dehors va lui ramener sa bronchite.

En juin 1900, une rechute s'était produite. Le dégoût pour les aliments restait complet, la diarrhée alternait avec la constipation; la malade passe son temps à regarder sa langue; toutes les dix minutes, elle saisit un miroir à portée de sa main pour vérifier si elle se décharge ; les sibilances et une sonorité exagérée avec râles humides aux deux sommets, traduisent toujours les désordres bronchitiques. Plusieurs crises d'oppression venaient de se produire, au milieu de la nuit, tenant la malade assise sur son séant 2 à 3 heures de suite. La salivation est abondante ; on peut évaluer à un 1/3 de litre la quantité de salive rejetée dans les 24 heures.

Il convient de parler ferme et avec autorité. Huit jours de régime lacté; eau d'Evian au lever et au coucher ; au bout de huit jours, les potages passeront, puis successivement les œufs, un peu de beurre frais, des purées de légumes au lait.

Et cela se passe comme on l'avait prédit. La langue se décharge, les aliments sont supportés, l'oppression disparaît, Madame X... engraisse,

Des injections sous-cutanées de cacodylate de soude (0,05), des injections rectales d'iodure de potassium (solution 5/300, 2 cuillerées), la respiration d'une poudre antiasthmatique tonifient le système nerveux et calment l'oppression.

Et puis il ne faut pas avoir peur du froid. Ainsi, un maillot humide (serviette trempée dans l'eau froide et recouverte de taffetas gommé) sera appliqué tous les soirs sur l'estomac et laissé en place 1 à 2 heures de temps. La malade sortira dès que ses forces le lui permettront et elle ne prendra pas froid.

Au bout de quatre semaines, en effet, elle effectue sa première sortie et sans accidents. L'oppression n'a pas augmenté au retour. Madame X... est au comble de la joie. Toutes ses angoisses ont disparu.

Le 7 août, tous les râles ne s'entendent plus dans la poitrine. La guérison est complète. La malade a engraissé de vingt livres.

Rechute l'été suivant, en 1901, à la suite d'écarts de régime. Madame X..., pour se fortifier, avait mangé de la viande et la viande n'est pas tolérée. Les digestions se troublent. L'oppression revient avec les râles bronchiques, Cette fois, on usa comme traitement des injections sous-cutanées d'ovo-lécithine (une injection par jour). Le remède chez les neurasthéniques nous avait donné de fort bons résultats, et nous l'avons utilisé après avoir constaté les bons effets que, dans son service. M. Huchard retirait de ce produit. Les injections d'ovo-lécithine furent continuées deux mois de suite ; mais dès la première quinzaine, l'amélioration était manifeste. Les forces revenaient, le dégoût pour les aliments était moindre, la poitrine, avec le secours des injections rectales iodurées, se débarrassait des exsudats bronchiques, la respiration redevenait facile.

Digitized by Google

Soit, et pour résumer les particularités de cette observation, début par des troubles digestif; des accidents nerveux d'angoisse neurasthénique font suite, finalement l'oppression et les sibilances se montrent comme couronnement. Pareille évolution subordonnant l'évolution des troubles pulmonaires au retour des troubles digestifs et nerveux, nous semble légitimer ce terme d'asthme neurasthénique par nous employé.

En pareil cas, les remèdes, pris par la voie buccale, ne jouissent que d'une action précaire, l'estomac ne les supporte pas. On n'usera guère que de la voie hypodermique (injections sous-cutanées, glycérophosphates, cacodylates, ovolécithine); le traitement local par pointes de feu et vésicatoires avait été essayé; il n'a donné que de mauvais résultats et les troubles nerveux s'en sont trouvés aggravés. De l'eau d'Evian comme éliminateur de l'acide urique, le régime lacté mitigé, l'absence de viandes et surtout le traitement psychique par les paroles quotidiennes et réconfortantes du médecin, voilà à côté de l'emploi des injections toniques hypodermiques les grandes lignes thérapeutiques à suivre.

Cette observation nous apprend qu'à côté des neurasthénies locales, si bien étudiées par M. Huchard (*Consultations médicales*, 2e édit., page 397 : topoalgies, neurasthénie gastrique, neurasthénie cardiaque), il convient peut-être de réserver une place pour la neurasthénie pulmonaire qui se traduirait cliniquement par des signes d'asthme avec lésions bronchitiques. — Ch. Fiessinger.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

L'Enquête au Théâtre-Antoine.

En parlant de la pièce que, sous le pseudonyme de Georges Henriot, notre confrère, M. Roger, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, vient de faire représenter au Théâtre-Antoine, nous n'avons pas l'intention de rééditer les éloges unanimes que la grande presse a décernées à cet ouvrage. « C'est un petit chef-d'œuvre de précision, de réalité, d'enchaînement et d'arrangement juste et d'intérêt continu » dit M. Faguet, et il ajoute : « Il n'y a rien de mieux fait au monde que cette pièce d'un débutant. M. Roger est très évidemment né pour le théâtre ». Félicitons M. Roger dont la supériorité intellectuelle déborde ainsi le cadre de ses occupations et travaux professionnels pour s'étendre et s'affirmer dans un champ aussi différent. Cet exemple montre une fois de plus que la véritable grandeur d'esprit offre pour caractère primordial de se montrer universelle. Dans une nature riche, les aptitudes sont nombreuses : une fois la technique apprise, la valeur individuelle de l'auteur marque d'un cachet original la manière dont cette technique est exécutée. Mais là n'est pas le point sur quoi nous voudrions arrêter nos lecteurs.

La pièce de M. Roger soulève un autre problème et plus général : le droit pour l'auteur dramatique de tra[illegible] sur la scène des questions d'ordre médical. On co[illegible] thème : un juge d'instruction épileptique tue, a[illegible] d'une de ses crises, le président du tribunal, son a[illegible] se souvient de rien et lance lui même le plus inno[illegible] du monde l'accusation sur une fausse piste. A l'a[illegible] vant, la vérité se découvre. Blême et tremblant de[illegible] quart d'heure, le juge d'instruction tombe foudro[illegible]

C'est donc une histoire d'épileptique, devenu [illegible] pendant une de ses absences, qui nous est dramati[illegible] contée. Le théâtre est il créé pour nous initier à [illegible] tails de cet ordre exclusivement médical? Déjà au[illegible] de l'apparition des *Avariés*, de Brieux, la question [illegible] posée; dans le corps médical, même, il s'était tro[illegible] esprits pour protester. Le théâtre, disaient ils, [illegible] à faire avec la science; où s'arrêteront ses au[illegible] commence à porter sur la scène des conversation[illegible] confidences qui ne devraient pas sortir du ca[illegible] médecin? Pareille objection nous semble imparfa[illegible] fondée.

D'abord le théâtre prend ses éléments de succès [illegible] qu'ils s'affirment dans une forme décente, ou il [illegible] En second lieu, on ne voit pas, lorsqu'il s'agit de[illegible] sociales comme la syphilis ou l'épilepsie, pour[illegible] grand public en resterait ignorant? Le théâtre est [illegible] moyen de répandre les idées : si elles sont j[illegible] leur connaissance vulgarisée peut résulter pour [illegible] un surcroît de garanties et une défense mie[illegible] contre des maux dont l'habitude qu'on a de les [illegible] augmente le danger, pourquoi hésiter? L'auto[illegible] tique fera œuvre utile en étalant sur la scène [illegible] qui gardées auparavant comme secrets de l'alcô[illegible] taient du silence et de l'ombre pour s'élargir, s'e[illegible] créer des désastres. Les mères de famille igno[illegible] conséquences pour leur fille d'une alliance avec u[illegible] litique. Elles n'étaient pas plus expertes dans la [illegible] sance de l'épilepsie et les crimes qui peuvent être [illegible] pendant les moments d'absence de la grande ne[illegible] pièce de M. Brieux, celle de M. Roger ajoutent u[illegible] élément à l'instruction générale et dressent un[illegible] utile de préservation sociale.

Nous ne sommes plus au temps où la médecine [illegible] sorte de science inaccessible et hérissée, où les [illegible] portaient robe et bonnet carré, où ils écrivai[illegible] ordonnances en latin et spécifiaient les doses en [illegible] cabalistiques. La science descend de ses sommets [illegible] un peu ridicules; elle se civilise, se mêle au gra[illegible] perd de sa morgue et de son pédantisme empe[illegible] ladies règnent, répandues, désolantes pour l'hum[illegible] ne les combattra qu'en les connaissant. Les [illegible] théâtre leur arrachent le masque et les présentent [illegible] et nues au public. A notre avis, ils font bien.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

rmulaire du Praticien

La cystite calculeuse d'origine rénale

doute le traitement médical ne suffit pas le uvent pour guérir la cystite calculeuse d'orinale ; il faut d'ordinaire recourir à la litho- e n'est pas là une ressource toujours indisle. La guérison spontanée est possible ; des ouvent prolongées font suite à une médication vement médicale.

lente est la douleur dans la période aiguë, convient pas d'hésiter. Une injection hypoderle morphine sera pratiquée dans la matinée, re dans la soirée. La dose devra être portée 1 centigr. 1/2 ou 2 centigr. La morphine ns l'espèce d'une efficacité spéciale. Au bout peu de jours, les besoins d'uriner, les douont grandement réduits de fréquence et d'in-

moment, les suppositoires rendront des ser-

Extrait thébaïque.....	0 gr. 05
— bellad.....	0 — 02
Beurre de cacao.....	3 grammes

suppositoire. En introduire un tous les soirs.

vements chauds à 45°, les irrigations rectales avec une sonde à double courant, pourront inistrés 2 à 3 fois par jour. Un grand bain de 3/4 d'heure de durée, favorisera le retour et la détente. Pour pousser à l'évacuation, sons abondantes : lait, tisane d'arenaria. ian, sont utiles. Toutefois, les premiers jours que le vessie supporte malaisément la préliquide et réagit par des contractures extrêdouloureuses à la moindre tendance à la n, il semble mieux indiqué de diminuer un ation de boisson. Pendant 2 à 3 jours le absorbera seulement 1 litre de lait et un e d'eau d'Evian ou de tisane. Une fois la énuée, ces quantités seront doublées et trie même l'alimentation solide (potages au s, légumes au lait), d'abord réduite à son n, sera peu à peu augmentée par la suite. ue la transformation ammoniacale des uriort rare dans les calculs d'origine rénale ; le n'aura donc pas à se préoccuper de l'emploi es vésicaux.

s au repos absolu pendant la période aiguë, ne se permettra plus tard les promenades e qu'avec précaution. On lui prescrira : eau d'Evian, 2 à 3 verres le matin, à 20 minutes d'intervalle ; au coucher, un verre ; à 10 h. et à 4 h., un bol de tisane d'arenaria, Pas de vin pur, ni de liqueurs.

Avant les repas : 3 des pilules suivantes, comme modérateurs de l'uricémie :

Benzoate de soude.....	6 grammes
Extrait de stigmates de maïs..	6 —
Savon médicinal.....	3 —

Pour 100 pilules.

Ou bien, 25 centigr. de lithine avant les repas, dans un verre d'eau gazeuse. On peut aussi prescrire la pipérazine ou le sidonal que M. A. Robin recommande comme dissolvants dans la gravelle urique :

Sidonal ou chlorhydrate de pipérazine..	3 grammes
Eau distillée.....	300 —

Une cuillerée avant les repas.

Ou bien :

Sidonal ou chlorhydrate de pipérazine.	5 grammes
Extrait d'arenaria.....	15 —

Pour 100 pilules, 2 avant les trois repas.

L'action de ces remèdes s'usant rapidement, il est indiqué de ne les prendre que 4 jours de suite suivis de 4 jours d'interruption. Le carbonate de lithine ou le benzoate de soude pourront être administrés dans les intervalles.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Une femme grosse pourra-t-elle nourrir? — Telle est la question. Elle est posée fréquemment. Il importe d'avoir une réponse prête et appuyée sur des raisons précises. C'est vers le septième ou huitième mois que le médecin est consulté sur la question de l'allaitement. Que va-t il décider? Trois grandes causes s'opposeront à l'allaitement : 1° l'existence chez la mère d'une maladie contagieuse (tuberculose); 2° l'existence chez la mère d'une maladie grave (cancer, maladie organique du cœur, du rein, etc.) ; 3° l'existence chez la mère d'une malformation du mamelon impossible à corriger. L'ensemble de ces contre-indications les résume toutes; il n'en est pas d'autre. L'insuffisance possible de la sécrétion lactée, aucun signe ne permet de la prévoir avec certitude. Telle est l'opinion de M. Marfan (*Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, août-septembre 1902), et tous les praticiens s'accordent à la reconnaître fondée. D'ailleurs, cette insuffisance de la sécrétion lactée se produisît-elle, elle sera rarement un obstacle. Pour la réduire, il suffit

Digitized by Google

que la femme soit saine et le traitement bien dirigé.

1° On interdira l'allaitement pour toutes les formes de tuberculose ; dans la *phtisie pulmonaire*, la défense n'est contestée par personne. Marfan l'étend à certaines pleurésies. Une femme atteinte de *pleurésie récente*, dont la nature tuberculeuse a été soupçonnée, n'allaitera pas. Toutefois, la rigueur de l'interdiction fléchit si la pleurésie est ancienne et a été suivie depuis plusieurs années d'une santé parfaite. A ce compte, la mère pourra allaiter. Pareillement, pour les femmes atteintes de vieilles coxalgies, d'écrouelles cicatrisées. La santé générale est-elle bonne, l'allaitement pourra être tenté avec chances de succès.

2° Aux femmes atteintes de *maladies de cœur*, Peter déconseillait l'allaitement. Pourquoi une telle sévérité? Si la cardiopathie est bien compensée, la mère peut faire une excellente nourrice. Les exemples abondent. Le sujet est-il *asystolique?* mieux vaut s'abstenir. Néanmoins la règle n'est pas absolue. MM. Budin et Macé ont soigné deux femmes, qui, malgré l'asystolie dont elles étaient atteintes, exigèrent qu'on les laissât allaiter. Elles y réussirent sans fatigue. (*Société d'Obstétrique de Paris*, 4 juillet 1901).

Pour les *affections rénales*, il y aura également lieu de distinguer. L'albuminurie ne s'accompagne t-elle ni d'œdèmes, ni d'accidents urémiques, la mère pourra nourrir, bien que soumise pendant quelques semaines au régime lacté, celui-ci étant mitigé aussitôt que possible, pour éviter l'affaiblissement de la nourrice. En cas d'œdèmes et d'accidents urémiques, la sécrétion lactée devient insuffisante, le lait peut se charger de toxines. L'allaitement sera déconseillé.

Les coliques hépatiques très espacées, une dyspepsie légère ne contre-indiquent pas; mais les *affections organiques et chroniques du foie, l'ulcère de l'estomac, une hypersécrétion grave* contre-indiquent.

Les *affections organiques du système nerveux*, surtout celles qui laissent après elles des paralysies incurables, sont un empêchement, de même que *la plupart des névroses, folie, hystérie, épilepsie.* M. Marfan cite à ce propos une opinion de Vogel : d'après cet auteur, des enfants mis au sein, immédiatement après que la mère a été prise d'un accès d'hystérie, deviennent agités et peuvent même avoir des convulsions. D'ailleurs que de dangers encore pour le bébé. Il est mal soigné : les hystériques n'ont pas la patience et la douceur requises, leur sollicitude est très inégale, et quant aux épileptiques, elles risquent au cours d'une crise de laisser tomber l'enfant et de le blesser grièvement.

M. le Dr Omont (de Pont-Audemer), nous fournit à ce sujet des documents fort intéressants. Ils ont trait à la conséquence éloignée que la névrose de la nourrice exerce sur la santé et l'état nerveux de l'enfant. C'est ainsi qu'une nourrice très nerveuse dont les crises convulsives avaient débuté lors d'une première grossesse antérieure sous forme de crises d'éclampsie, mais dont la santé était redevenue satisfaisante et dont la seconde grossesse s'était passée normalement, fut prise, lors de l'allaitement d'un second enfant qu'elle nourrit en ville, de crises épileptiques nettes. On cessa l'allaitement. Quelques années plus tard, mort de la nourrice dans une de ses crises, lesquelles s'étaient multipliées d'année en année. A partir de l'âge de 6 à 7 ans, l'enfant présente à de longs intervalles, et en particulier la nuit, des crises en série de nature épileptique indéniable. Les parents ne doutent pas que ce soit la nourrice qui ait transmis cette maladie. Notre distingué confrère nous cite un autre fait. Un malade fut traité par Charcot pour une affection nerveuse grave de nature indéterminée, mais qui empêcha le service militaire du sujet. Il guérit plus tard. Cet homme avait été allaité par une femme atteinte de crises d'hystérie. Quant aux parents mêmes du malade, ils étaient bien portants et aucune maladie nerveuse ne fut jamais observée dans la famille. L'opinion est du reste répandue dans le public que les nourrices nerveuses transmettent avec le lait leur maladie aux nourrissons. De telles données imposent une grande circonspection.

La neurasthénie vraie avec dépression profonde ne permet pas l'allaitement.

Le nervosisme simple (sans crises d'hystérie), ne l'interdit pas formellement. On peut essayer. Si ensuite la mère s'affaiblit, qu'elle présente un état nerveux qui s'aggrave, ou que le bébé ne prospère pas, il sera toujours temps d'interrompre. M. Marfan estime même que l'allaitement est susceptible d'améliorer l'état de la mère; elle recouvre l'appétit, le sommeil, engraisse, prend des couleurs. Cette éventualité heureuse nous a paru assez rare. Le plus souvent la mère ne change pas. Elle arrive à allaiter son enfant, sans qu'elle aille plus mal. Mais c'est tout.

Pas d'allaitement dans *la leucémie et l'anémie pernicieuse*; la *chlorose ancienne* le permet, car le mariage améliore souvent la chlorose et l'allaitement prolonge l'amélioration.

M. Bezy a avancé que les enfants nourris par des *femmes goîtreuses* succombent souvent à des convulsions. Pour notre part, nous n'avons pas reconnu, dans notre pratique personnelle, la justesse de cette assertion. Nous avons suivi plusieurs femmes atteintes de goître : leurs nourrissons n'avaient pas d'accident.

Le cancer, la tumeur maligne interdisent l'allaite-

Digitized by Google

ment; la syphilis, d'ordinaire pas; il est certain qu'une mère syphilitique devra allaiter son nourrisson, crainte que mis à un autre sein, ce dernier contamine la nourrice. Mais la mère devra se soigner et la syphilis ne devra pas l'avoir trop affaiblie.

Voici pour les maladies chroniques. Quelle conduite tenir *dans les affections aiguës* quand elles sont graves et surviennent vers la fin de la grossesse?

C'est encore l'état général de la mère qui dictera la réponse. Entre-t-elle franchement en convalescence, ses forces sont-elles revenues lors de l'accouchement, elle pourra nourrir. Telle une femme dont M. Marfan rapporte l'histoire, atteinte de fièvre typhoïde au septième mois de la grossesse, elle accoucha à peu près à terme, en pleine convalescence, et allaita son enfant avec succès. Mais si la convalescence laisse la femme déprimée, amaigrie, on doit déconseiller l'allaitement, d'autant mieux que dans ces conditions, l'enfant est souvent atteint de débilité congénitale.

Lorsque l'accouchement surprend la femme en pleine maladie aiguë, il faut interdire l'allaitement à moins qu'il ne s'agisse d'une affection légère. C'est ainsi que M. H. Roger a laissé, sans inconvénients, des femmes atteintes d'érysipèle, allaiter leurs enfants (Roger, *Les maladies infectieuses*, Paris 1902, p. 1114). Mais ces heureux résultats ne sauraient être posés en règle générale. Une infection grave interrompt d'ordinaire la grossesse, tarit et altère la sécrétion lactée. La mère ne sera qu'une pitoyable nourrice. Pour qu'elle ait droit de donner le sein, il faut que la maladie ne soit pas grave et que son lait ne soit pas trop insuffisant. A ce prix, l'enfant étant isolé de sa mère en dehors des tétées, sera soumis pour quelque temps à l'allaitement mixte, si la quantité de lait maternel est insuffisante. Et avant de le mettre au sein de la mère, on aurra soin de désinfecter celui-ci avec une solution de sublimé à 1/4000 et de le laver ensuite à l'eau bouillie.

Quant à l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques, nous avons déjà eu récemment l'occasion de traiter le sujet (n° 28, 12 juillet).

Reste une dernière condition à éclairer : l'état du sein maternel permettra-t-il l'allaitement? Des seins gros, sillonnés de veines apparentes, tachés par une aréole brune, aboutissant à un mamelon saillant sont de bons indices. Ces indices ne seraient ils pas retrouvés, il ne faudrait pas désespérer. Il est des femmes chez qui les modifications de la mamelle sont presque nulles pendant la grossesse et cependant la montée du lait chez elles est parfois très intense. Quelques signes tenant à des particularités spéciales de conformation ou d'hérédité ont été invoqués, Runge a insisté sur l'influence de la denture. Une femme qui, jeune encore, a de nombreuses dents cariées offre des chances de ne pas être une excellente nourrice. Nous ne saurions souscrire à cette opinion. Ayant longtemps pratiqué dans un pays de montagnes où toutes les femmes avaient des dents abominables, nous n'avons jamais observé d'influence fâcheuse du fait de la denture. Ces femmes étaient d'excellentes nourrices.

Une raison à laquelle M. Marfan accorde plus d'importance est l'abandon de l'allaitement chez les femmes de la classe aisée. L'organe ne fonctionnant plus, la fonction se perd. Et cette perte de la fonction se transmet chez les descendants. En sorte que la proportion des bonnes nourrices est moindre dans la classe aisée que parmi les mères pauvres. Il est possible que cette raison exerce une influence; mais bien d'autres éléments entrent en jeu qui motivent la valeur moindre des nourrices quand celles-ci appartiennent aux classes aisées : la vie sédentaire à la ville, l'intelligence plus affinée, le système nerveux plus émotif, le développement moindre de la force physique. Les antécédents alcooliques chez le père, invoqués comme impossibilité d'allaitement chez la fille ne constituent pas un motif valable. A Paris, dans la classe pauvre, où l'alcoolisme est fréquent, les femmes sont capables d'allaiter 99/100; dans la classe aisée où l'alcoolisme est plus rare, les femmes peuvent allaiter 80/100.

La forme des mamelons sera examinée avec soin. Un mamelon plat pourra devenir saillant; on ne rejettera pas l'allaitement d'emblée; on essaiera d'abord. Les mamelons ombiliqués sont presque toujours une contre-indication, mais on essaiera de les rendre saillants (titillements, succion).

Les femmes sujettes à des poussées d'eczéma sur le mamelon et l'aréole sont exposées à des fissures ; on les traitera en conséquence : le mamelon sera toujours tenu très propre (lotions boriquées) et la femme suivra le régime général des eczémateux (peu de viandes, pas d'épices, etc.). Mais elle ne devra pas renoncer à l'allaitement sans avoir tenté l'entreprise. M. Marfan cite l'histoire d'une femme qui essaya deux fois d'allaiter. Elle en fut chaque fois empêchée par une hyperesthésie du mamelon que rien ne put calmer. Les applications analgésiques qui furent faites provoquèrent chaque fois une poussée eczémateuse sur le mamelon et l'aréole. Ce sont là des faits exceptionnels. Le praticien n'aura pas souvent à se débattre avec des difficultés de cet ordre.

PÉDIATRIE

L'allaitement par le lait de chèvre. — Un article paru récemment dans le *Journal des Praticiens* (n° 42) sur l'allaitement artificiel nous vaut une

Digitized by Google

lettre explicative de MM. Triboulet et Barbellion. En relatant les chiffres indiquant la composition du lait de chèvre, nous avions adopté ceux qui figuraient dans le travail très documenté de M. Dhomond. MM. Triboulet et Barbellion nous opposent la variété de la composition du lait de chèvre si diverse suivant les espèces et même sur le même animal au hasard des traites qu'il est difficile de fournir une moyenne rigoureuse et toujours juste.

Les auteurs qui se sont longuement occupés de ce sujet (Barbellion, Acad. de méd., juillet 1900; Triboulet et Barbellion, Séance plén. des Soc. de méd., 14 juin 1902) ont trouvé dans leurs analyses des chiffres variant entre les extrêmes suivants : caséine de 17 à 36, beurre de 24 à 47, lactose de 41 à 56. En 1900, M. Boissard, dans le *Journal des Praticiens* (30 mai 1900) indiquait, suivant les races, les chiffres de 35 à 85 gr. de beurre, de 22 à 70 gr. de caséine. « On comprend, ajoute l'auteur, qu'en présence de pareils écarts, donné sans discernement et pour ainsi dire au hasard des provenances, le lait de chèvre ne puisse convenir à l'alimentation des nouveau-nés. » Il s'agirait d'obtenir une sélection judicieuse des races, de procurer aux animaux une nourriture appropriée, de façon à obtenir un lait d'une teneur en beurre et en caséine à peu près constante, dont la composition se rapproche sensiblement de celle du lait de femme. Pareil résultat étant réalisé, on ne voit pas pourquoi un tel lait ne prendrait pas une place importante dans l'alimentation des nouveau-nés. M. Boissard ayant expérimenté le lait de chèvre, après sélection des races, traite aseptique et usage de carafes propres et bien bouchées, lui reconnaît trois sortes d'avantages : 1° la possibilité d'avoir un lait absolument frais et vivant, n'ayant subi aucune modification par des chauffes successives ou par la stérilisation, aucune altération par un voyage prolongé, car la traite s'opère à domicile; 2° l'absence de craintes au sujet de la transmission tuberculeuse, la chèvre étant réfractaire au bacille de Koch; 3° la digestibilité très grande de ce lait démontrée par l'expérimentation (digestions artificielles par la gastérine.)

Avec le *bon* lait de chèvre, ajoutent MM. Triboulet et Barbellion, on obtient de fort beaux succès d'allaitement artificiel. Nous n'en doutons pas. La difficulté consiste seulement à obtenir du *bon* lait de chèvre, de celui dont la composition se rapproche sensiblement de celle du lait de femme.

L'extrême variabilité dans la composition de ce lait met à rude épreuve l'estomac des nouveau-nés; souvent au cours de notre pratique déjà longue, nous l'avons vu employer à la campagne dans l'alimentation des nourrissons; avant le sixième mois il nous a semblé donner des troubles digestifs fréquents et peu à peu nous l'avions complètement abandonné pour le lait de vache plus aisé à obtenir régulièrement bon. Si nos lecteurs ont sur ce point des données pratiques, résultant de leur expérience personnelle, nous accueillerons avec plaisir les renseignements qu'ils voudront bien nous communiquer.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Les indications de la néphrectomie. — Les rapports présentés sur ce sujet à l'*Association française d'urologie* (23 octobre) offrent au moins cet avantage de fournir au praticien des données précises. Un de ses malades est atteint d'une affection rénale : à quel moment et dans quelles circonstances la néphrectomie est-elle indiquée?

M. Pousson (de Bordeaux) ne se laisse pas entraîner par la manie opératoire. Il sait attendre. Pour lui la néphrectomie ne s'impose qu'après mûre réflexion et quand une double condition est remplie : 1° la certitude que le processus morbide du rein malade ne peut être enrayé autrement; 2° la certitude que son congénère est sain et pourra suffire à sa tâche. Tel est le problème. Il est ardu à éclaircir.

Pour y apporter quelque lumière, le praticien a à sa disposition divers modes d'investigation. Les signes cliniques, la palpation, la recherche de la douleur lui fourniront quelques renseignements. M. Michon (de Paris) les estime avec raison insuffisants. Ce dernier auteur ajoute plus d'importance aux modifications de la qualité de l'urine et surtout de l'urée et aussi aux troubles de l'élimination du bleu de méthylène. Injectée sous la peau, cette dernière substance, quand son élimination subit du retard, serait le grand avertisseur. Elle indiquerait un fonctionnement rénal insuffisant. Nous ne saurions souscrire à cette conclusion. Le bleu de méthylène parfois s'élimine très normalement, et cependant le rein est très altéré (dégénérescence amyloïde, néphrites épithéliales). Un autre élément d'appréciation doit entrer en jeu : l'examen de l'urine de chaque rein. A cet égard, le procédé de la séparation des urines dont M. Luys a parlé (*Journal des Praticiens*, n° 32) rendra des services de premier ordre.

L'examen de l'urine aura montré qu'un seul rein est lésé et que l'autre est sain. Quelles sont les maladies justiciables de l'opération?

Il en est une où l'intervention assure de piteux résultats : c'est la *tumeur maligne du rein*. M. Forgue (de Montpellier) nous rapporte à ce sujet une statistique lamentable. Sur plus de 400 interventions, il ne compte que 28 guérisons stables, dont 4 seulement chez les enfants. Ces chiffres donnent à réfléchir.

Digitized by Google

Non opérée, la tumeur maligne du rein évolue très lentement; opérée, elle aboutit à une récidive rapide. Vaut-il donc mieux ne pas intervenir? Non; il faut tenir compte d'un élément qui porte le poids de ces échecs répétés: l'époque trop tardive du diagnostic. Celui-ci devrait être posé bien plus tôt. Malheureusement cette condition est parfois peu réalisable. Quand la tumeur se signale par des hématuries immédiates, le praticien a le temps de se retourner. Il voit clair et le diagnostic précoce est possible. La tumeur existe-t-elle sans hématuries, elle a tout loisir de se développer insidieusement sans que l'attention ait été fixée sur elle. Un jour on la découvre; il est trop tard. L'opération sera suivie d'une récidive fatale. Une conjoncture encore plus fâcheuse se peut produire. L'hématurie existe seule sans tumeur. Cette fois il n'y a guère moyen de se prononcer. Le signe du varicocèle produit par la compression des ganglions est très important; quand il manque, M. Forgue conseille, dans les cas d'hésitation et pour asseoir le diagnostic, de pratiquer l'exploration chirurgicale. Après incision lombaire, le rein soupçonné malade par la séparation des urines, sera mis à nu et palpé directement. Le procédé semble très simple. En pratique il se heurtera à des difficultés. Les malades acceptent une opération pour guérir. Ils se rebiffent volontiers quand l'intervention opératoire n'a pour but que de reconnaître la nature du mal. Le diagnostic doit être posé avant l'arrivée du chirurgien, non après. Les clients ne sortent guère de là. Leur dire; nous allons vous taillader d'abord et nous vous dirons ensuite ce qu'il en est, c'est s'exposer de leur part à de grosses résistances.

Dans la tuberculose rénale, la néphrectomie est l'opération de choix. Les chiffres énoncés paraissent encourageants. M. Pousson a pratiqué 14 néphrectomies avec une survie de 7 opérés qui, trois, quatre, cinq et six ans après l'opération, continuaient de se porter le mieux du monde. M. Verhoogen (de Bruxelles) a fait 24 opérations avec 5 décès dans le mois qui suivit. M. F. Legueu compte à son actif 15 néphrectomies sans une mort. M. P. Delbet en a opéré 2 avec succès. Les contre-indications de l'extirpation sont dues à l'état général, à l'insuffisance de l'autre rein, aux tuberculoses graves à localisations multiples (Michon).

La lithiase rénale réclame rarement la néphrectomie. Ce n'est guère qu'en présence d'une pyonéphrose volumineuse qu'on sera autorisé à tenter l'ablation. Dans 3 cas de lithiase suppurée, M. Pousson compte une mort rapide et 2 guérisons.

Les grandes suppurations rénales peuvent être divisées en : 1° abcès intra-rénaux ; 2° en pyélo-néphites ; 3° en pyélites. La néphrectomie est indiquée dans les abcès du rein (M. Pousson, 3 abcès, 3 guérisons, M. Delbet, 3 pyonéphroses traumatiques, 3 guérisons). Quand il s'agit d'une pyélite, la néphrotomie peut suffire (5 succès sur 5 pyélites, Pousson), mais la néphrectomie semble préférable dans les pyélo-néphrites (5 pyélo-néphrites, 1 mort par néphrotomie, 2 morts par néphrectomie, 2 survies par néphrectomie, Pousson).

D'après M. Michon, *les traumatismes du rein* (déchirures multiples, rein en bouillie) nécessitent la néphrectomie. En pareil cas, M. Delbet a eu une mort, mais non imputable à l'opération.

Les kystes hydatiques ne sont pas justiciables de la néphrectomie; le capitonnage, l'incision sans drainage, l'extirpation avec résection partielle du rein, voilà les procédés qui leur sont opposés.

Les néphrites médicales aiguës ou chroniques se sont dans ces derniers temps laissé attirer par les promesses des chirurgiens. Nous avons déjà parlé de ces essais (*Journal des Praticiens*, n° 8) et tout de suite nous avons émis des réserves. M. Pousson garde son opinion du début, à savoir que les résultats sont très encourageants. Les chiffres qu'il cite à l'appui de son opinion ne forcent pas la conviction. Où est la circonspection que l'honorable rapporteur apportait tout à l'heure à l'appréciation des indications chirurgicales? Ainsi il a pratiqué la néphrotomie et la néphrectomie dans les néphrites infectieuses (3 décès sur 17 néphrotomies, 2 décès sur 6 néphrectomies). Cette statistique dégage pour M. Pousson cette conclusion que dans les néphrites infectieuses, la néphrotomie est préférable à la néphrectomie. Nous jugerons autrement. Dans les néphrites infectieuses aiguës, on ne recourra ni à la néphrectomie ni à la néphrotomie. Le traitement médical est préférable.

Quant à proposer la néphrotomie et la décortication du rein, non pas tant comme traitement curatif que comme moyen de combattre les accidents graves de l'urémie, le conseil nous semble d'une audace peu justifiée. Les néphrites médicales aiguës ou chroniques resteront du domaine de la médication usuelle jusqu'à plus ample informé et à démonstrations plus décisives.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire. — L'identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire a été soutenue par les cliniciens : les faits d'observation semblaient leur démontrer cette conformité de nature. Par contre, les bactériologues protestent, ils concluent à deux maladies de nature distincte. La flore microbienne est différente : on trouve, il est vrai, de pseudo-ba-

Digitized by Google

cilles de Lœffler dans les fausses membranes des volailles. D'après M. Guérin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur (de Lille), ces pseudo-bacilles de Lœffler ne doivent pas plus nous inquiéter que ceux que l'on trouve normalement dans la gorge et les fosses nasales de l'homme sain. (*Echo méd. du Nord*, 28 septembre 1902). D'ailleurs ces pseudo-bacilles de Lœffler sont rares. Sur 78 examens qu'il a faits, M. Guérin n'a isolé ce bacille que deux fois. Faut-il une autre preuve? Les injections de sérum antidiphtérique humain demeurent sans action spécifique sur la diphtérie aviaire; les améliorations ou guérisons obtenues par ce moyen ne dépassent pas en nombre celles obtenues dans une autre série de malades traités par le sérum normal du cheval. Ces injections ne servent, dans les deux procédés, qu'à produire une hyperleucocytose momentanée, condition très favorable à la guérison.

L'agent spécifique de la diphtérie aviaire n'est nullement le pseudo-bacille de Lœffler. C'est un coccobacille immobile, ne liquéfiant pas la gélatine, ne prenant pas le Gram, du groupe des Pasteurella. Ce groupe de microbes détermine un certain nombre de maladies qui paraissent spéciales aux animaux domestiques. La fièvre typhoïde du cheval, la pleuro-pneumonie des bovins adultes, la pleuro-pneumonie septique des veaux, la pneumo-entérite des porcs, la maladie du jeune âge des chiens, le choléra des poules, etc., sont causés par des agents de cet ordre. Les nombreux essais auxquels s'est livré M. Guérin, lui ont montré que de tous les animaux de basse-cour, le pigeon est de beaucoup le plus sensible à la Pasteurella de la diphtérie aviaire. A l'aide de cultures virulentes, il est possible de reproduire toutes les localisations graves de la diphtérie aviaire. Pour y arriver, il suffit de laisser les pigeons s'infecter par l'ingestion d'aliments ou de boissons mélangés à des cultures virulentes en bouillon-sérum. Dès les premiers jours apparaissent des plaques pseudo-membraneuses, puis surviennent parfois des lésions plus profondes (fausses membranes tapissant les parois pleurales, la muqueuse des sacs aériens, dégénérescence nécrosique du foie). Au point de vue bactériologique, la preuve est donc faite. L'étiologie de la diphtérie aviaire n'est pas celle de la diphtérie humaine. En serrant de près les faits, on s'aperçoit du reste que les exemples de contagion clinique n'existent pas, témoin la constatation suivante. L'élevage et l'entrainement du coq de combat constituent pour la région du Nord un sport très goûté; fréquemment ces oiseaux sont atteints de diphtérie. Or, bien qu'une fois malades ils soient amenés dans la salle où toute la famille prend ses repas, que les enfants leur donnent à manger, leur arrachent les fausses membranes avec un crochet en fer et disséminent celles-ci au hasard, jamais on n'a observé une épidémie diphtérique. Pareille promiscuité aurait des chances de donner naissance à la propagation du mal, si vraiment il était transmissible de l'animal à l'homme.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'épistaxis par le Penghawar Djambi. — On trouve dans l'*Officine* de la 13e édit., 1893, la mention suivante sur cette plante peu connue en France :

« Penghawar Djambi (Cibotium Baromez, Polypodium Baromez) de la famille des Fougères. Fougère arborescente croissant à Java, à Sumatra, Bornéo et dont les poils jaunâtres et soyeux sont employés comme moyen hémostatique. Ils sont en pelote mais non emmêlés entre eux : en effet les poils sont le plus souvent isolés longs de centimètres environ, d'une couleur variant du jaune au brun foncé. On leur substitue quelquefois les poils du Balantium chrysotrichum, connu sous le nom de Paku-Kidang. »

Dans une de mes visites à l'Exposition universelle, parcourant, en compagnie d'un confrère, l'exposition des colonies hollandaises, celui-ci prit l'usrge thérapeutique du Penghawar Djambi dont le nom exotique avait attiré mon attention et qui offrait quelque analogie d'aspect avec l'iodé. Employé depuis plusieurs années en Bretagne, comme hémostatique, surtout contre l'épistaxis, il donnait les meilleurs résultats. Je me proposai de l'expérimenter.

L'occasion ne tarda pas à se présenter. Je fus appelé auprès d'une dame fort âgée atteinte d'épistaxis rebelle à tout traitement (son médecin habituel avait pratiqué le tamponnement antérieur des fosses nasales, après avoir épuisé les autres moyens thérapeutiques), je trouvai la malade très anémiée, les narines fermées par un énorme tampon d'ouate, qui n'avait pas empêché un suintement lent et continu du sang sur la lèvre supérieure, pendant plus de deux jours. J'essayai d'abord de renfoncer le tampon. Mais, le lendemain, devant la persistance de l'hémorragie, je pris le parti d'intervenir. Je débarrassai les fosses nasales des tampons imprégnés de sang par un lavage sommaire, j'introduisis, à l'aide d'une pince, environ le volume d'un pois de Penghawar Djambi sur la cloison médiane, au niveau du point d'origine apparent de l'hémorragie. Celle-ci s'arrêta instantanément et ne reparut plus.

Depuis cette époque, je n'ai jamais eu à employer ce traitement contre l'épistaxis et *je n'ai jamais* [illegible] *succès*.

Digitized by Google

longue expérience m'autorise à recommander ment ce procédé à tous les médecins prati- l n'offre aucun inconvénient, contrairement ues autres usités en pareil cas.

urait lieu de rechercher : 1° quel est le prin- if de cette plante ; 2° quels sont les autres l'emploi, — Dr A. Weber.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

lera d'Egypte de 1902. — M. Proust. Le premier e n'avait eu aucun contact avec les pèlerins qui pu rapporter la maladie de La Mecque ; néan- e l'eau d'un puits de La Mecque avait pénétré ; doute par l'entrée de cette eau et peut-être l'im- de produits de contrebande que le germe cholé troduisit en Egypte.

borde lit un rapport sur l'écriture des aveugles glette Dussaud.

lar (de Bordeaux). Kyste du pancréas. Opération. . (*27 octobre*).

CIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

de tétanos guéri. — M. H. Claude. — Homme de blessé au petit doigt de la main gauche, il pré- q jours plus tard les signes du tétanos classique. er jour, on pratiqua une injection de 20 cc. de ti-tétanique et les jours suivants, des injections hénique à 0,20 par jour. On employa le chloral à ses et l'on amputa le doigt. En outre, on mit en saignées et les injections de sérum artificiel.

bien des choses. Le malade guérit vers le dix- jour. Au moins lui aurait-on pu laisser son chloral, sans doute, à lui seul aurait suffi à la comme l'a fait observer M. Widal, la plaie de ce ait superficielle. Or, le pronostic du tétanos est quand il fait suite à des plaies de cet ordre.

hérédo-syphilitique. — M. Babinski. Considéré ne rareté, le tabes hérédo-syphilitique est plus qu'on ne pense. L'auteur présente à la Société ples de cette maladie, d'autant plus intéressants re de chacun des deux sujets était lui-même tabes.

BULLETIN DE LA SEMAINE

grès de chirurgie (XVe Congrès) a commencé s, le 21 octobre, sous la présidence de M. le Reverdin (de Genève). Le grand amphithéâtre ulté de médecine renfermait de nombreux audi nt goûté, comme il convenait, le beau discours de din, consacré tout entier aux divers modes de l'anesthésie générale et à la glorification de l'éther.

Cette justice rendue au talent du conférencier, une hésitation nous vient toutefois : d'applaudir à la hâte qui depuis un certain nombre d'années accumule coup sur coup les congrès sur les différents points de l'Europe : Congrès de Bruxelles, Congrès de gynécologie de Rome, Congrès d'urologie, Congrès du Caire, Congrès de Madrid, Congrès de chirurgie de Paris, vraiment ils sont trop. C'est une pullulation scientifique dont toutes les productions ne sont pas de marque. Il y a bien des vides et des déchets là-dedans.

Une telle surabondance de matériaux a tendance à produire quelque impatience de la part du public médical dont l'attention est retenue de la sorte par des séries de travaux de mérite très inégal. A côté de mémoires instructifs se pressent une foule de publications beaucoup moins conçues en vue d'intéresser le lecteur que de répandre le nom et de faire valoir le talent du signataire. C'est là un abus contre lequel il est du devoir de la Presse de protester. Le jour où il sera définitivement établi que le but des Congrès se résume dans l'édification d'un piédestal aux orateurs qui y prennent la parole, le succès de ces réunions scientifiques sera fortement compromis, car elles ne seront plus organisées pour l'instruction du corps médical, mais comme un moyen habile de pousser, de satisfaire des ambitions impatientes et des amours-propres en quête de notoriété. Le retentissement plus général dont ont bénéficié jusqu'aujourd'hui les séances des Congrès nous vaut cette pléthore, cette stérilité abondante, cet amoncellement désespérant de rapports, de mémoires, de communications, de discours, de conclusions sentencieuses qui encombrent les journaux et les rendent illisibles pour un temps.

Des œuvres de valeur ont toutefois vu le jour dans ce Congrès. Entre les diverses communications, signalons outre le rapport sur le traitement du tétanos, par M. Vallas (voir n° 43), le rapport de M. F. Terrier et E. Raymond sur la chirurgie du cœur et du péricarde. C'est complet, très savant, mais d'une chirurgie haute, très spéciale, et par la gravité excessive des interventions peu à la portée du praticien.

BIBLIOGRAPHIE

Guide du Médecin Praticien. — Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, par le Dr Guibal, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 676 p., avec 349 fig., cartonnage toile souple : 7 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils 17, rue Hautefeuille, à Paris.)

Voici un volume auquel nous pouvons prédire un grand succès. Les praticiens ne lui marchanderont pas leurs éloges. Dans un format commode, le texte étant illustré de nombreuses figures fort bien faites, ils trouveront, heureusement résumées, toutes les connaissances pratiques dont ils peuvent avoir besoin. Aide-mémoire de chirurgie, de médecine et d'obstétrique, ce livre répond aux nécessités diverses de la clientèle ; grâce à lui, l'ennui et la perte de temps seront évités au praticien, de recourir, dans les cas d'urgence, aux traités volumineux et spéciaux.

Digitized by Google

Concours du Journal des Praticiens

Nous rappelons à nos lecteurs que tous les Mémoires ou travaux pour ce concours, doivent être envoyés ou déposés au bureau du journal, *à l'adresse de son Directeur,* avant le 15 novembre 1902 et avant six heures du soir.

Les Mémoires ou travaux reçus après cette date, n'auront plus droit au concours.

Nous rappelons que les auteurs ne doivent pas se faire connaître et qu'ils doivent faire précéder les mémoires d'une devise correspondant à leur nom indiqué sous pli cacheté. (Se reporter au n° du 18 janvier pour les conditions du Concours.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Nouvelle médication iodée. — Peptoniode.

L'Iode est un des éléments constitutifs essentiels de notre économie. Intimement lié aux cellules, il existe principalement dans le corps thyroïde et dans le sang, où sa présence est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme. C'est aussi un véritable spécifique de certaines maladies.

Pour ces motifs, l'emploi de l'Iode est très utile en thérapeutique, soit qu'on veuille le ramener dans l'économie à ses proportions normales, soit qu'on ait besoin de s'en servir contre une maladie déterminée.

Malheureusement les propriétés chimiques et physiologiques de l'Iode, ou de ses composés alcalins et tanniques, ont rendu jusqu'ici son emploi difficile et souvent même impossible pour un grand nombre de malades, qui ne peuvent supporter les accidents d'iodisme occasionnés presque toujours par un traitement iodé ou ioduré. Il était, par conséquent, intéressant et nécessaire de trouver une combinaison de l'Iode n'offrant pas ces inconvénients.

Les diverses études entreprises sur la Thyroïdine et l'iodothyrine ont ramené l'attention des biologistes sur les composés organiques de l'Iode. Il était du reste rationnel de penser qu'une combinaison physiologique de ce métalloïde serait plus assimilable et par conséquent plus active que l'Iode et ses composés actuellement employés.

Partant de ce principe et poursuivant ses travaux dans cette voie, M. E. Gallerun réussit en 1896, après plusieurs années d'essais, à combiner l'Iode avec la peptone de viande.

Il obtint le Peptoniode, véritable corps chimique, soluble en toutes proportions, stable, résistant même à l'action de l'acide chlorydrique, et contenant 16,50 °/o de son poids d'Iode.

Il résulte des nombreuses expériences faites dans les laboratoires de la Faculté et dans les Hôpitaux de Paris, que le Peptoniode n'est pas décomposé par les liquides du tube digestif, qu'il s'assimile très rapidement, est parfaitement toléré et n'irrite pas les voies digestives. Pris sous cette forme, l'Iode ne s'accumule jamais dans l'organisme, et son excès rapidement éliminé ne peut donner lieu aux accidents d'iodisme. Le Peptoniode agit sur l'organisme comme l'Iode et les Iodures. C'est un vaso-dilatateur énergique qui active la nutrition et les échanges de l'économie, et facilite l'élimination des déchets de l'organisme en accélérant les fonctions des organes qui en sont chargés.

Pour permettre et rendre plus facile en thérapeutique l'usage de cette nouvelle combinaison physiologique de l'Iode, on emploie le Peptoniode sous forme de solution concentrée et titrée, l'Iodalose, dans laquelle cinq gouttes contiennent exactement un centigramme d'Iode pur combiné à la Peptone de viande.

En dehors de son innocuité sur les organes, l'Iodalose, à dose égale d'Iode ingéré, s'est toujours montrée au moins vingt fois plus active que les iodures alcalins purs ou associés, et les autres préparations iodées. La posologie de ce médicament est des plus faciles si l'on considère que vingt gouttes d'Iodalose correspondent comme action à un gramme d'iodure alcalin, et comme dose d'Iode à cinquante grammes de sirop iodotannique ou de Raifort iodé, sans en avoir toutefois les inconvénients. Pour les enfants on doit donner des doses proportionnelles suivant l'âge à celles employées chez les adultes.

L'usage de l'Iodalose est donc particulièrement indiqué dans toutes les maladies qui ressortent d'un traitement iodé ou ioduré. On l'emploie le plus généralement chez l'adulte à la dose de vingt à cinquante gouttes dans les maladies du cœur et des vaisseaux, l'artériosclérose, l'angine de poitrine, l'asthme et l'emphysème, dans l'obésité, le goître et les affections glandulaires, dans le lymphatisme, le rachitisme et la scrofule. Dans la syphilis on peut facilement atteindre cent gouttes et plus d'Iodalose, associée ou non au traitement mercuriel suivant la période de la maladie.

L'Iodalose à faible dose (cinq à dix gouttes) occupe une des premières places parmi les toniques et les fortifiants.

Ce médicament, dont le dosage varie avec le sujet et la maladie, se prend toujours dans un peu d'eau sucrée ou non, pendant ou après les repas.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Admis dans les hôpitaux, le GOMENOL, est un terpine naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Considérations pratiques sur l'exploration de l'abdomen chez les arthritiques

par le Dr Pascault (de Villerville)

De quelque façon que l'on envisage la pathogénie des maladies par ralentissement de la nutrition, on est obligé de reconnaître que l'appareil digestif y joue un rôle prépondérant. Que l'on admette avec le Dr Bouchard que la cause première de cette perversion nutritive réside dans l'ensemble de notre organisme dont les éléments anatomiques ont un fonctionnement subnormal, ou avec Lancereaux que le système nerveux est le primum movens de cette anomalie des échanges généraux, on n'aborde en réalité qu'un des côtés du problème, celui des dépenses du budget organique. Logiquement il faut mettre en regard le chapitre des recettes. Or, nous nous sommes efforcé récemment de démontrer que, par le fait d'une alimentation mal adaptée à nos besoins, notre tube digestif n'arrive à réaliser les recettes équivalentes à nos dépenses qu'au prix d'un surmenage engendrant parallèlement et la dyspepsie et l'arthritisme (1). On doit donc, dans les maladies de la nutrition, trouver des modifications, soit anatomiques, soit fonctionnelles, de l'appareil digestif. Ces modifications existent en effet ; et si elles sont peu connues, c'est que l'on néglige habituellement de les rechercher *d'une façon systématique*, et lors même que le malade n'appelle pas l'attention de ce côté. Nous ne pouvons ici les décrire en détail, ce serait tenter de résumer dans un trop court aperçu le travail magistral qu'a publié Glénard sur les *Ptoses* (2), mais nous voulons tout au moins montrer quel parti peut tirer le praticien de l'appréciation *sommaire* de la tonicité abdominale.

Sigaud et Vincent, qui ont consacré à l'exploration du ventre deux ouvrages (3) pleins de vues ingénieuses et nouvelles, envisagent schématiquement le tube digestif comme une cavité remplie de gaz dont la tension est réglée par deux facteurs : — d'une part, leur dilatation, subordonnée elle-même à leur température ; or, cette dernière, pendant la digestion, s'élève d'autant plus que le contact des aliments provoque un travail musculaire et glandulaire plus actif ; — d'autre part, la résistance qu'oppose à leur effort d'expansion les parois musculo-élastiques des voies digestives. On peut donc dire que la tension abdominale *reflète* l'énergie des réactions physiologiques de l'appareil digestif, et la vigueur de sa musculature.

Avec un tube digestif normal, cette tension est moyenne (ni trop forte, ni trop faible), uniforme dans toute l'étendue de la cavité abdominale, et à peu près constante. *Elle donne au ventre une forme, une consistance et une sonorité spéciales*, qui font, que ne doivent être considérés comme normaux que les ventres de volume moyen, — de forme régulièrement ovoïde (sans saillies, ni dépression), *et ne variant pas suivant les attitudes du sujet*, — de consistance partout également rénitente *et élastique*, et de sonorité *uniforme* (avec intensité moyenne, ni tympanique, ni mate ; et tonalité moyenne, ni grave, ni aiguë). Dans ces ventres il n'est possible, *ni par la palpation profonde*, ni par la percussion, de distinguer les uns des autres les divers segments digestifs (estomac, cœcum, grêle).

Considérons maintenant ce qui se passe dans un tube digestif soumis à une élimination trop abondante ou trop excitante. S'il est doué d'une vitalité précaire, s'il appartient à un de ces malades que Sigaud caractérise du terme de « Faible », il cède presque sans lutte, d'où atonie, stase, et apparition rapide de symptômes dyspeptiques, — symptômes d'ailleurs ici purement fonctionnels, car l'atteinte n'a été ni assez profonde, ni assez durable, pour provoquer une dégénérescence organique. Si ce tube digestif au contraire est vigoureux, s'il s'agit d'un « Fort », il s'adapte à cette suralimentation, *et la compense* en hypertrophiant ses parois dans toutes leurs parties constituantes, glandes, muscles et vaisseaux. Aussi le premier indice et cette déviation des fonctions digestives n'est-il pas un syndrome d'allures morbides, mais au contraire un ensemble de signes que l'on s'accorde à mettre sur le compte d'une bonne santé. En effet, le « Fort » qui se suralimente jouit d'un grand appétit, digère tout, a des selles régulières..., *mais il prend du ventre*. Ce ventre, il le garde un temps variable, suivant la vitalité de son tube digestif : cependant, tôt ou tard, un jour vient où la musculature de cet appareil faiblit, où ses réactions perdent leur énergie primitive, et alors en même temps que, comme chez le « Faible », se fait de la stase et se dessine la symptomatologie dyspeptique, *la tension abdominale baisse*. De ce fait résultent des modifications dans le volume, la forme, la consistance et la sonorité du ventre, que nous allons apprendre à rechercher et à constater par l'inspection, la palpation et la percussion.

Remarquons que ces modifications sont en somme les mêmes chez le « Fort » et chez le « Faible » ; mais très précoces chez ce dernier, elles n'apparais-

(1) Pascault. Pathogénie de l'arthritisme par suralimentation (*Journ. des Prat.*, 1901, n° 30.)

(2) Glénard. Les ptoses viscérales : 1899. — Montennis. Les déséquilibrés du ventre, 1897.

(3) Sigaud. Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire, 1900. — Vincent. Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs, 1898.

Digitized by Google

sent chez le « Fort » qu'après un long surmenage *ayant en grande partie épuisé les réserves vitales de son tube digestif.* Il ne faut donc pas, pour le pronostic, se baser uniquement sur l'état du ventre, mais aussi tenir grand compte des antécédents du malade. Si chez le « Faible » (*et il en est ainsi chez nombre de femmes et chez la plupart des enfants*) les signes objectifs, quoique très nets, sont généralement d'une gravité très atténuée; chez le « Fort », ce sera l'inverse.

1° Inspection. Elle est d'importance capitale dans les gros ventres, où beaucoup plus sûrement que tous les autres modes d'investigation, elle permet de dépister *les débuts* de l'hypotension digestive. Pour peu, en effet, que cette tension faiblisse, le ventre « se tient » moins bien, *n'affecte plus la même physionomie quand on examine le malade alternativement debout, puis couché* (1), ou varie spontanément d'un jour à l'autre. Plus tard il se déprime, soit à l'épigastre, soit aux flancs, mais peut, si le sujet observe une hygiène meilleure, revenir progressivement à un volume à peu près normal, en ne gardant comme vestige de son ampleur disparue qu'un évasement notable de la base du thorax. Si l'atonie s'accentue très vite au contraire, le gros ventre s'affaisse, s'effondre, et tombe en basane ou en tablier devant le pubis (2).

Pour les ventres de volume moyen, les changements de forme suivant les attitudes sont également caractéristiques ; dans la suite, ils deviennent globuleux à l'hypogastre (debout), pointus, plats ou creux (couché).

Au cours de l'inspection noter également l'état de la paroi abdominale (qui ne s'infiltre de graisse que dans les gros ventres en voie de déclin), et, quand il y a lieu, les vergetures, les hernies *de faiblesse* (signe d'arthritisme), l'œdème ou le développement du réseau veineux sous-cutané, etc.

2° Palpation générale. Ensuite appliquant la main à plat sur le ventre, avec l'extrémité des doigts juxtaposés, déprimer doucement l'épigastre, *puis les flancs*. en s'efforçant d'apprécier exactement la résistance qu'ils opposent à la pression (rénitence), et la facilité avec laquelle ils reprennent leur forme primitive (élasticité).

Dans certains gros ventres qui « se tiennent » la rénitence est très marquée, mais trompeuse, parce qu'elle est le fait de l'augmentation de densité du tube digestif qui s'est hypertrophié, plutôt que de l'exagération de la tension gazeuse qui, en réalité, est affaiblie: il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte. De même, un ventre tympanisé acquiert momentanément une rénitence qui est de mauvais aloi.

Hors ces cas, on peut dire que plus un ventre est rénitent, *plus un ventre est élastique, moins il est atone.* La formule est simple, mais son application est délicate, et demande une éducation du palper que l'on n'acquiert que par une longue habitude. Il faut en effet apprendre à dissocier la sensation de rénitence de celle d'élasticité; certains ventres semblent au premier abord très suffisamment élastiques, mais à l'analyse on constate qu'ils manquent de rénitence, qu'ils donnent à la main *l'impression d'un ballon de baudruche mal gonflé*; ce sont là des ventres profondément dégénérés, généralement tenus dans un état d'éréthisme artificiel par l'usage quotidien de laxatifs ou de dépuratifs (Sigaud). D'autres, au contraire, semblent absolument mous, et c'est seulement par une palpation attentive que l'on découvre flottant, sous une paroi trop lâche, dans une cavité trop large, une masse intestinale encore élastique. Il faut aussi savoir faire la part de ce qui revient à la paroi abdominale, très musclée chez les gens vigoureux, rebelle à la palpation chez les nerveux, extrêmement amincie chez les Faibles et les vieux dyspeptiques.

Nous ne pouvons qu'effleurer la palpation profonde, méthodique, telle que l'enseigne Glénard : nous n'en retiendrons que les points principaux et de constatation facile.

Toute atteinte au foie se traduit au début, ou au cours des paroxysmes, par une sensibilité à la pression, qui siège le plus souvent (du moins dans les dyspepsies), au niveau de son lobe gauche. Aussi, comme premier temps de la palpation méthodique, devra-t-on rechercher si, par une pression douce mais bien appuyée, on n'éveille pas *immédiatement au-dessous de la pointe xyphoïdienne,* ou derrière le rebord costal droit pendant les inspirations profondes, une douleur, soit locale, soit à distance (douleur à l'épaule droite ou dans le dos sensation d'étouffement, d'oppression, de mal à l'estomac, de nausées...) Cette douleur sera attribuée au foie si elle persiste pendant quelque temps après l'examen, *et surtout si la zone sensible* délimitée par une série de pressions successives *dessine nettement le contour de cet organe* (Glénard) (1). Il est à remarquer que la constatation de cette sensibilité ne permet en aucune façon de préjuger de la *gravité* de la maladie

(1 En cas de doute, mesurer la circonférence du ventre au niveau de l'ombilic dans la station debout, puis dans la position couchée.

(2) Ce signe perd évidemment de la valeur chez les femmes ayant eu des enfants.

(1) Le lobe hépatique gauche traverse l'épigastre à 2 ou 3 doigts au-dessous de la pointe du sternum, et se dirige obliquement en haut et à gauche en partant du milieu de la 9e côte droite. Le lobe moyen et la vésicule biliaire se trouvent au milieu de l'encoche qui, sur le bord costal, sépare la 9e côte droite de la 10e, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. — A propos de l'indépendance des divers lobes hépatiques, voir *Journal des Praticiens*, 1901, n° 42, p. 666.

Digitized by Google

du foie, lequel peut être très dangereusement touché tout en étant parfaitement indolore, dans la cirrhose atrophique par exemple : elle signifie seulement qu'il y a congestion hépatique et que le traitement doit être institué dans ce sens et non dirigé contre une affection purement gastrique ou intestinale. En d'autres termes, elle impose, tant qu'il y a des phénomènes aigus, des alcalins (bicarbonate de soude, ou eau de Vichy tiède entre les repas) (1), pendant les accalmies, des sulfures, sans parler des laxatifs répétés (calomel, sulfate de soude et autres cholagogues), et d'un régime alimentaire d'où seront proscrits les farineux, les graisses et l'alcool sous toutes ses formes.

En recherchant la sensibilité du foie à l'épigastre, on sent assez souvent sous le doigt les battements de l'aorte, signe d'atonie gastro-colique (fréquent chez les névropathes), signe d'entéroptose caractérisée quand au devant de ce vaisseau on discerne distinctement le colon transverse sténosé, sous forme d'une petite masse molle, allongée, grosse comme le pouce, mobile et parfois sensible (*corde colique* de Glénard : relativement rare).

Reportant ensuite les doigts juxtaposés dans le flanc droit, le long de l'épine iliaque antéro supérieure, et procédant *par glissements* de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, chercher si le cœcum est délimitable à la palpation, s'il est sensible ; — il est sensible, mais non délimitable, dans la congestion hépatique et dans l'enteroptose au début ; — *pour peu qu'il soit atone, il devient délimitable*, et alors on le trouve : tantôt noueux, pâteux ou dur, et mat quand il est rempli de scybales ; tantôt régulièrement cylindrique, *en boudin* volumineux et sonore dans la cirrhose hépatique (2) ; tantôt enfin aplati comme un large ruban, mou, et déjeté en dedans le long du grand droit de l'abdomen dans l'entéroptose confirmée.

Même examen dans le flanc gauche, parallèlement au pli de l'aine : très fréquemment on y rencontre l'S iliaque sous forme d'un cordon étroit et rigide, parfois réduit au volume et à la consistance d'un tuyau de pipe. Associé, dans un ventre mou, à un cœcum aplati, avec ou sans corde colique transverse, ce *cordon sigmoïdal* ne fait que confirmer le diagnostic de ptose intestinale ; *mais isolé* il constitue (de même que la sensibilité des lobes hépatiques gauche et moyen) un signe précoce de dyspepsie *gastrique*, avec constipation par stase cœcale (1).

Signalons en passant le clapotage de l'estomac qui n'a réellement de valeur nosologique que chez le « Fort », et quand il s'accompagne d'une sensation *tactile* de flot (rappelant celle de l'ascite) perçue le matin à jeun.

Glénard enfin conseille de terminer la palpation méthodique de l'abdomen par la « fouille des hypochondres », au moyen du *procédé néphroleptique* pour les reins et les coudes du colon, du *procédé du pouce* pour le foie, la vésicule biliaire et la rate. Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans les développements que comporterait la description de cette méthode d'investigation trop rarement utilisée ; grâce à elle son auteur a pu déceler des anomalies objectives du foie *dans 70 à 80 0/0 des maladies de la nutrition.*

3° Percussion. Percuter légèrement d'abord l'épigastre, qui donne *généralement* la sonorité propre à l'estomac ; puis le flanc droit en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure (cœcum) ; enfin l'hypogastre (intestin grêle).

Comme pour la palpation, il est facile de donner pour la percussion une formule répondant à la généralité des faits : *plus un ventre est sonore, moins il est atone.* Mais ici encore il faut se défier de cette trop séduisante simplicité.

Les gros ventres fournissent une première exception à cette règle : chez eux, en effet, la sonorité est commandée par la structure anatomique des parois digestives ; sont-elles hypertrophiées, donc aptes à lutter contre l'obstacle alimentaire, le ventre sonne mal ; sont-elles au contraire dilatées, donc appelées à déchoir rapidement, le ventre sonne bien. Dans le même ordre d'idées, il est des cas où le ventre est très sonore, et cependant en état d'atonie très marquée, dans le tympanisme par exemple (1).

Tout est de nuances dans cette question de sonorité où l'on manque de points de comparaison. Tout ce que nous pouvons faire pour être plus explicite, c'est de compléter la formule ci-dessus en lui opposant les caractères acoustiques que présente un ventre atone : *doivent être considérés comme signes d'atonie tous les écarts extrêmes d'intensité ou de tonalité du son abdominal* (2), la submatité grave

(1) Pascault. De l'emploi judicieux des eaux de Vichy à distance. (*Journal des Praticiens*, 1898, n° 16).

(2) Quand le foie est hypérémié, hypertrophié ou cirrhosé, le colon peut être délimitable, mais n'est jamais sténosé (Glénard).

(3) Corde colique, boudin cœcal et cordon sigmoïdal offrent comme caractères pathognomoniques, mais inconstants, d'être : crépitants ou gargouillants, alternativement mous et durs (quand ils se contractent sous le doigt) ; généralement ils sont mobiles et *sautent* quand on les écarte de leur position ; enfin quand ils sont remplis de scybales, ils se déforment par une malaxation *prolongée*. — Notons qu'ils sont parfois très superficiels, *à fleur de peau*.

(1) Le tympanisme ou ballonnement résulte d'une suspension de toutes les fonctions des voies digestives qui, distendues par les gaz, restent momentanément figées dans cette attitude. Comme le clapotage, il a surtout de la valeur chez le « Fort ».

(2) Suivant son *intensité*, le son est dit fort (tympanique ou résonnant), moyen, faible ou nul (submat ou mat) ; sa *tonalité* est grave ou basse, moyenne, élevée ou aiguë.

Digitized by Google

ou aiguë dénotant plus encore que la résonance un affaiblissement de la vitalité du tube digestif.

Indépendamment des *qualités* de la sonorité abdominale, il importe de fixer sa topographie. Tantôt elle est uniforme dans toute l'étendue du ventre, tantôt elle est divisée en zones de tonalité et d'intensité différentes les unes des autres.

Cette sonorité est-elle uniforme, en conclure que tous les segments digestifs sont également vigoureux quand elle est moyenne, ou également atones quand elle est très forte (tympanisme) ou très faible et voisine de la submatité.

N'est-elle pas uniforme, les zones de sonorités différentes sont peu nombreuses, et réparties suivant la distribution anatomique des trois grands segments digestifs *(sonorité en damier de Sigaud)*, ou au contraire extrêmement multipliées, sans aucun rapport avec les organes sous-jacents, et très instables, se modifiant d'un instant à l'autre sous le doigt qui percute *(sonorité en mosaïque)*. La sonorité en mosaïque, fréquente chez les névropathes, traduit la « faiblesse irritable » d'un tube digestif très atone, dont les diverses parties réagissent par secousses, par spasmes, contre une alimentation ou une thérapeutique mal comprises. La sonorité en damier s'explique par un fonctionnement inégal de l'estomac, du cœcum et du grêle. Sigaud distingue deux variétés de damier : l'un, le *damier de lutte* (avec résonnance de l'estomac et du cœcum, submatité du grêle) dont le pronostic est relativement bon quand il est précoce (quand il se manifeste immédiatement après le repas) et persistant ; l'autre, le *damier inverse* (avec résonnance du grêle, submatité du cœcum et de l'estomac) correspondant à un stade plus avancé de l'atonie digestive, et coexistant habituellement avec une grande impressionnabilité nerveuse ou une sensation de faiblesse générale.

Nous ne nous sentons pas en mesure de discuter la valeur de ces distinctions au point de vue du diagnostic : elles nous semblent surtout théoriques, et nous pensons que pour le praticien, qui doit avant tout viser la thérapeutique, il est un point qui mérite d'être plus particulièrement étudié : ce point *c'est la sonorité spéciale à la région cœcale*. Le cœcum est l'organe qui dans l'évolution de la dyspepsie cède tout d'abord (1) : c'est en lui que débute la stase. Qu'il serve de réceptacle à des matières irrégulièrement et incomplètement propulsées (coprostase), ou seulement qu'il s'encrasse (2), il donne à jeun un son qui, *comparativement aux parties résonnantes* (estomac ou grêle, suivant les circonstances), est plus faible et plus élevé, ou même souvent franchement submat. Pendant la digestion cette submatité peut être masquée par une sonorité forte et basse, résultant de ce que le cœcum atone s'est laissé distendre par les gaz qu'il renferme. *C'est donc à jeun que doit être précisée la tonalité cœcale, tant par la percussion superficielle que par la percussion appuyée.* Nous verrons plus loin la raison de cette insistance sur un détail qui au premier abord semble de minime importance.

Un mot seulement sur la percussion du foie et de la rate. *Elle ne peut qu'induire en erreur*, en raison du voisinage immédiat de parties sonores où se perd la matité hépatique ou splénique. Deux éléments de diagnostic doivent cependant lui être demandés : siège approximatif du bord supérieur du foie, hauteur approximative de la matité hépatique dans la ligne mamelonnaire, et de ces deux éléments seront tirées les conclusions suivantes : *a)* Quand par la palpation on a constaté que le bord inférieur du foie descend plus bas qu'il ne le devrait, on dira que cet organe est hypertrophié si la percussion démontre que son bord supérieur est un peu au-dessous du mamelon; qu'il est ptosé si elle le trouve notablement au-dessous. — *b)* Quand au contraire on n'a pu par la palpation *(même en employant le procédé du pouce)* percevoir le bord inférieur du foie, il s'agira d'un foie atrophié si la hauteur de sa matité dans la ligne mamelonnaire est sensiblement inférieure à 10 cent., d'un foie objectivement normal *(ce qui ne veut pas dire qu'il soit sain)* quand elle est de 10 à 11 centimètres.

La phonendoscopie enfin pourra donner d'utiles indications dans le cas où la percussion et la palpation laisseraient quelques doutes, notamment au sujet des dimensions du lobe hépatique gauche et de la rate.

4° Epreuve dite de la sangle. — Après un repas, si les aliments sont convenablement adaptés à l'excitabilité et à la vigueur des organes digestifs, en même temps que s'apaise la faim et que se manifeste une impression de bien-être et de force disponible, on peut constater que la tension abdominale s'élève dans de justes limites : par contre on la voit diminuer progressivement à mesure que s'achève le travail de digestion intestinale, à mesure que se font de nouveau sentir et la faim, et cette sensation vague

(1) Pascault. *Journal des Praticiens*, 1901, n° 30.

(2) Par ce terme d'encrassement, nous voulons dire que les parois du cœcum sont enduites d'une couche de matières gluantes et visqueuses, analogues à celles qui tapissent les bronches des catarrheux et qui ne se désagrègent qu'à la longue, à la suite de purgatifs répétés et de boissons chaudes alcalines ou sulfureuses.

(1) Nous évitons à dessein de nous servir de l'expression consacrée de « foie qui déborde les côtes », car *normalement* son lobe gauche dépasse effectivement le rebord costal ; cette expression ne peut donc être employée pour caractériser son déplacement ou son hypertrophie que quand elle s'applique à ses lobes moyen ou droit cachés sons les 9e et 10e côtes.

Digitized by Google

ıillance, de fatigue, de faiblesse générale, que t bien l'ouvrier obligé de faire appel à l'al- u de « serrer sa ceinture d'un cran », pour ır son appétit (1). *Faiblesse et hypotension inale sont corrélatives* (2). Aussi dans l'enté- ı où cette tension est réduite à son minimum, lesse est-elle très marquée. C'est ce qui a con- énard à instituer ce qu'il appelle l'épreuve de le (3). Voici en quoi elle consiste : le malade ebout, se placer derrière lui, et, le prenant à corps, avec les deux mains posées à plat imméent au-dessus du pubis, lui comprimer *et rele-* ventre. Tantôt cette manœuvre le laisse indif- tantôt il accuse, tant que son ventre est main- ouleyé, un soulagement de ses malaises habi- il se sent plus fort, plus alerte, moins « gêné espiration ». Faire ensuite la contre-épreuve, ant *doucement* retomber le ventre. Si le tube est plus ou moins atone et ptosé, le médecin ression que toute la masse intestinale tombe, *agne* les mains qui la soutenaient, et de son malade éprouve cette sensation, parfois nou- our lui, *de chute du ventre*, en même temps ıpparaissent sa lassitude, son oppression, ses ments ou délabrements d'estomac, etc... e et contre épreuve ont été positives (4), com- eut-on les interpréter? En relevant le ventre, uand il y a ptose, rétabli pour un instant la ı des viscères abdominaux, mais en outre on comprimant, neutralisé artificiellement l'hy- on digestive, et de ce fait annulé l'impression ue générale qui en dérive.

eure de la sangle est donc le complément nsable de toute exploration abdominale. positive? En conclure qu'il y a atonie diges- s même que le ventre paraîtrait suffisamment e et sonore, — en conclure surtout qu'il y a on *formelle* à prescrire une ceinture hypo- ıe (*sangle de Glénard*), lors même que le est plat ou creux, et semble vide de tout

arquons que ces artifices ont leur raison d'être physio- l'alcool, en éveillant les réactions digestives augmente nent la tension abdominale ; le fait de serrer sa ceinture on explication plus loin à propos de l'application de la

ı ne voulons cependant pas dire que la faiblesse ait son ıse dans la diminution de la tension digestive ; très sou- les maladies de la nutrition, elle relève en même temps estion du foie et de l'hyperacidité des humeurs : *elle dis- ffet par les purgatifs associés aux alcalins.*

LÉNARD. De l'entéroptose, *Journal des Praticiens*, 1901, 16.

ıd les viscères abdominaux sont sensibles à la pression, le la sangle peut au contraire augmenter les malaises ; mais très souvent, en maintenant le ventre bien serré, ıps, on les voit s'atténuer au bout de quelques ins- ncore l'épreuve doit donc être considérée comme posi-

viscère. Conseiller en outre les laxatifs quotidiens pour lutter contre la stase et réveiller le tonus intestinal : ces purgatifs répétés ne fatiguent pas, *donc ils sont utiles*. Pour peu que l'on soupçonne une tare hépatique, y joindre les alcalins; et s'il y a des symptômes fonctionnels d'entéroptose, un régime d'où seront exclus les farineux, les graisses, sauces et fritures, l'alcool et le vin pur, les crudités, le lait, etc...

Conclusions thérapeutiques. — Dans cette étude des modifications qu'impriment à la forme, à la consistance et la sonorité de l'abdomen, les variations de la tension gazeuse intra-digestive, nous avons dû nous tenir dans des termes fort vagues, disant que tel signe correspond à une atonie plus ou moins avancée, à une vitalité plus ou moins compromise du tube digestif. C'est qu'en effet il nous est impossible de mesurer exactement cette vitalité : sa valeur vraie ne pourrait être établie, comme nous l'avons déjà fait pressentir, qu'en tenant compte, non seulement de l'histoire du malade, mais encore de ses antécédents héréditaires, de l'état de ses fonctions hépatiques, de l'équilibre de son système nerveux..., autant d'inconnus ! Aussi pour nous l'appréciation de la tonicité digestive ne peut elle, sauf exception rare, servir de base ni à un diagnostic précis, ni à pronostic défini. En revanche nous pensons qu'en maintes circonstances elle comporte des indications thérapeutiques parfaitement déterminées : Glénard nous en a donné un exemple en créant l'entéroptose, et montrant qu'elle ne guérit pas par son traitement complet, sangle, laxatifs, régime carné et alcalins. — De ces indications thérapeutiques nous ne retiendrons que les deux principales, les purgatifs, le régime alimentaire.

A. Purgatifs. — L'atonie gastro-intestinale ne va jamais sans coprostase, ou tout au moins encrassement des parois digestives. L'expérience nous l'a démontré : hors les cas types d'entéroptose ou le tube digestif est sténosé, il est toujours possible de rendre à un ventre sa tonicité normale, — *mais ce résultat, on ne le constate que le jour* où les selles ne sont plus fétides, où la langue n'est pas saburrale (1), que le jour en somme *où le tube digestif est entièrement « décapé »*.

Pour y parvenir, nous n'avons évidemment pas d'autre procédé que la médication purgative, en y

(1) A notre avis : langue saburrale = catarrhe digestif avec coprostose ou encrassement intestinal par atonie consécutive à une alimentation trop abondante ou trop excitante. Langue sèche = insuffisance hépatique. Dans les deux cas on constate fréquemment une légère rougeur diffuse uniformément répartie sur les amygdales, les piliers du voile du palais et la luette, ayant la même signification.

Digitized by Google

faisant entrer, indépendamment des purgatifs proprement dits, les lavements et l'entéroclyse, le massage abdominal, les médicaments cholagogues, et les excito-moteurs des fibres lisses, etc... De règle absolue pour l'emploi des purgatifs, il n'en est pas ; on ne peut dire qu'une chose, c'est qu'en thèse générale le tube digestif le tolère d'autant mieux qu'il est plus vigoureux, que par conséquent *à un stade avancé de l'atonie il faut être très sobre de moyens violents*, sous peine d'accentuer encore la déchéance digestive.

A la suite de ces purgations on voit le ventre devenir plus souple, plus élastique, plus sonore, — et ces faits sont particulièrement nets dans les affections digestives subaiguës où le ventre est pâteux et partant submat. Mais tant que, au cours du traitement, le cœcum n'a pas acquis la sonorité franche de tonalité moyenne qu'il a chez l'homme bien portant, le malade ne peut être considéré comme en voie de guérison. — *La guérison s'annonce par l'amélioration de la sonorité cœcale ; elle s'affirme par l'uniformité de la sonorité abdominale ; elle devient certaine quand ces signes de percussion concordent avec l'état de la langue et des garde-robes.*

Il nous reste à expliquer pourquoi nous prônons presque sans réserves ce traitement purgatif intensif. En tentant, dans un article précédent, d'édifier une pathogénie de l'arthritisme par suralimentation, nous avons dit que l'arthritique est avant tout *un intoxiqué* par insuffisance hépatique, qu'il est malade et meurt par défaut d'élimination. Or à cette intoxication de l'organisme il n'est, en dehors des états infectieux, que deux origines possibles : les déchets provenant de l'ensemble de l'économie et venant aboutir *au foie* et aux reins pour être remaniés et expulsés ; les dérivés anormaux prenant naissance dans un tube digestif qui fonctionne mal, parce qu'il est atone. Comment parer à cette double cause d'empoisonnement ? Les diurétiques ne font que laver le sang, et sont d'ailleurs d'une infidélité déconcertante. Les stimulants hépatiques ont une action mal connue, qui ne se fait probablement sentir qu'à longue échéance. Les purgatifs par contre s'attaquent directement à la cause première, qu'elle soit digestive (elle l'est toujours), ou en même temps hépatique et digestive (1), puisque s'ils déblaient l'intestin, ils opèrent simultanément une véritable saignée blanche sur le foie.

A cette façon de faire il n'y a qu'un inconvénient, et le médecin doit le connaître pour en prévenir son malade. L'atonie et l'encrassement intestinal mettant entrave à l'élaboration et à l'absorption des ingesta, il en résulte des processus soit fermentatifs, soit réflexes, qui sont le point de départ de manifestations symptomatiques d'une infinie variété, éclatant en un point quelconque de l'organisme (1) (névralgie ou phénomènes douloureux mal localisés, poussées congestives, palpitations, oppression, crises nerveuses ou spasmodiques, etc.). Or, sous l'influence des purgatifs qui désagrègent, liquéfient et jettent dans la circulation les détritus accumulés parfois depuis de longues années dans les recoins du conduit intestinal, on assiste souvent à un réveil ou à une recrudescence *momentanés* de toutes ces « misères » qui rendent à l'arthritique sur son déclin la vie pénible, sinon intolérable.

B. Régime alimentaire. — Avec les gros ventres, encore élastiques et rénitents, dont la tonicité tend à peine à faiblir, la question du régime est facile à trancher. *Le gros ventre supposant nécessairement une suralimentation préalable*, il faut d'emblée réduire cet apport excessif de nourriture. Le conseil de « quitter la table en restant sur son appétit » est tout indiqué, mais il est bien rarement suivi. Mieux vaut exiger la mastication minutieuse, méthodique, en expliquant combien il est important pour un estomac déjà fatigué, de ne lui fournir que des aliments convenablement broyés et insalivés ; grâce à elle, la faim se trouve promptement satisfaite, surtout si l'on obtient du malade qu'il abandonne les épices, la viande et l'alcool, *c'est-à dire tout ce qui surexcite la muqueuse gastrique mal à propos.*

Ici le végétarisme est non seulement logique, mais aussi nécessaire comme préventif et curatif.

Prenons maintenant le type diamétralement opposé, le ventre flasque et mou, souvent mat. Et alors de deux choses l'une : — ou bien l'épreuve de la sangle y est positive, les ptoses viscérales y sont manifestes ; le malade digère mal le lait, le vin, les graisses, les crudités..., les malaises digestifs ont un maximum à 3 heures du soir et 2 heures du matin ; en un mot le tableau de l'entéroptose est au complet. Dans ce cas le régime carné de Glénard est aussi nécessaire que l'est le régime végétarien avec les gros ventres, tout au moins pendant un certain temps, jusqu'à ce que le tube digestif ait récupéré une vitalité suffisante pour pouvoir se passer de la stimulation qu'il demandait à la viande. — Ou bien il manque un ou plusieurs des éléments de l'entéroptose : *souvent alors l'atonie est plus apparente que réelle*, et quelques purgatifs doux, prudemment adminis-

(1) V. Mondennis : L'antisepsie médicale et les antiseptiques physiologiques, *in Journal des Praticiens*, 1894, n°s 72, 73.

(1) Cette théorie a été très heureusement et très clairement exposée par le Dr Dresch dans un art paru *in Journal des Praticiens*, 1897, n° 27 ; nous nous associons entièrement à ses conclusions thérapeutiques, sauf en ce qui concerne le salicylate de soude auquel nous préférons le benzoate, et dans certains cas les sulfures.

Digitized by Google

trés, donnent à ce tube digestif qui semblait inerte une vigueur nouvelle.

Dans ces circonstances, il n'est même pas rare de rencontrer des sujets, des femmes surtout, qui souffrent peu ou pas de malaises digestifs, et déploient une énergie contrastant singulièrement avec leur ventre vide et flottant, dans lequel l'intestin est réduit à un état d'affaissement paraissant incompatible avec la santé. Il y a là soit un phénomène d'adaptation du tube digestif qui s'accommode d'une hygiène spéciale dont on ne saurait l'écarter brusquement sans danger, soit un phénomène de compensation (hépatique chez les uns, nerveuse chez les autres) dont nous pouvons à peine présumer la nature dans l'état actuel de nos connaissances physiologiques. C'est ainsi que certains sujets ne digèrent que grâce à l'usage quotidien de stimulants anodins tels que infusions chaudes, légères doses d'alcool ou de vins toniques à base de quinquina, de fer, de kola, drogues laxatives ou dépuratives... entretenant l'appareil digestif dans l'état d'éréthisme modéré nécessaire à son bon fonctionnement. Agit de même, quoique indirectement, l'excitation nerveuse que trouvent sans y penser l'homme d'affaires ou le commerçant dans l'exercice de leurs professions, la femme du monde dans le mouvement de ses relations, la mère de famille dans les joies ou les soucis de son intérieur... ; l'activité physique ou cérébrale constitue en effet, tant qu'elle reste en deçà des limites du surmenage, une source *de vie* qu'il faut se garder de tarir.

Ce ne sont là forcément que des vues générales, modifiables suivant chaque cas particulier. Il est cependant possible d'en déduire une ligne de conduite applicable à tous les ventres qui ne rentrent ni dans la catégorie des gros ventres, ni dans celle de l'entéroptose. — Nous avons affaire à des arthritiques, ne l'oublions pas, *c'est-à-dire à des malades chez qui il importe de réduire dans la mesure du possible les risques d'intoxication alimentaire.* L'objectif doit donc être de les amener progressivement au régime végétarien, ou lacto-végétarien si le lait se digère. — Nous sommes d'autre part en présence de tubes digestifs dont les réserves vitales sont plus ou moins amoindries, dont la musculature fatiguée réagit mal si elle n'est pas sollicitée par quelque excitation digestive ou extra-digestive, variable suivant chaque individu. — Prenons donc comme règles : 1° de modifier le régime de ces mal-portants dans le sens du végétarisme, avec d'autant plus de tact, de prudence et de lenteur, que leur tube digestif est plus atone. 2° De tolérer chez eux l'usage des stimulants dont ils ont contracté l'habitude, — car ces stimulants leur sont nécessaires, et leur sont d'autant plus nécessaires que leur tube digestif est plus atone. Mais il y a ici un écueil à éviter : l'accoutumance, en vertu de laquelle (quand il s'agit de stimulants digestifs) le malade est facilement amené à dépasser les doses raisonnables. On aura donc avantage, comme dans la cure de la morphinomanie, à varier ces stimulants, et surtout à leur associer, puis à leur substituer la gymnastique abdominale et le massage, l'électricité, l'hydrothérapie..., l'hydrothérapie sous forme d'applications toniques ou tonisédatives, plutôt qu'excitantes, car il faut savoir ne pas trop demander à un organisme incapable de beaucoup donner. En matière de stimulation thérapeutique, il est facile de dépasser la mesure : « *in medio stat virtus* », telle est la note à garder par le praticien réellement soucieux de l'avenir de son malade.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Laënnec. — M. le Pr Landouzy

Le lupus du voile du palais

Un jeune confrère âgé de 27 ans, grec d'origine, est venu demander l'avis de M. le Pr Landouzy. Il est atteint depuis 8 ans de toux et de nasonnement. Ses frères et sœurs sont bien portants; lui-même n'a jamais été malade ; pas de syphilis héréditaire ou acquise. L'examen ne montre aucune lésion bronchitique, pulmonaire ou pleurale. Mais dans la bouche on trouve des lésions très nettes du voile du palais ; sur le raphé médian et au confluent de la voûte palatine et du voile du palais, siège une grosse végétation bourgeonnante entourée de papules et de nodules rouges et saillants. On dirait une plaie cutanée irritée et végétant à la suite de l'entretien d'un vésicatoire. La luette est mince, ratatinée, accolée par son bord gauche à la partie postérieure du pharynx. Ces accolements de tissus sont assez rares dans le lupus des muqueuses, et ici l'absence d'antécédents syphilitiques ne permet guère de songer à autre chose. La face, la muqueuse nasale, le larynx sont sains. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire.

Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, M. le Pr Landouzy estime que la médication mercurielle doit être tentée sous forme de frictions (tous les deux jours, pendant quinze jours, 4 gr. d'onguent napolitain). Les injections sous-cutanées, l'iodure de potassium à hautes doses pourront être essayés après.

Comme traitement local et avant de recourir à une intervention chirurgicale, il sera indiqué de soumettre le malade au traitement photothérapique de ses muqueuses. Cette méthode entre les mains de Finsen a donné des résultats remarquables. Les badigeonnages à l'acide lactique qui réussissent parfois

Digitized by Google

dans les laryngites tuberculeuses ont été employés jadis. Le malade n'en a retiré aucun avantage. Si la photothérapie ne donne rien, on pourra recourir à l'extirpation des nodules lupiques. La cocaïne insensibilise la muqueuse, l'adénaline dont nous avons parlé (nos 20 et 32), et qui est un alcaloïde extrait des capsules surrénales, produit, injectée en teinture à la dose de quelques gouttes, une blancheur, une ischémie totale des tissus. M. Landouzy pense que cette ischémie en resserrant les vaisseaux s'oppose à l'absorption des bacilles tuberculeux et éloigne ainsi les dangers qui pourraient suivre une intervention chirurgicale.

Comme une des conditions qui s'opposent à la guérison est le tiraillement des tissus morbides qui s'opère pendant la déglutition, M. Landouzy propose d'éviter cet inconvénient en nourrissant le malade à la sonde. Peut-être même un palais artificiel qui ne serait mis en place qu'aux heures des repas, permettrait-il la protection des surfaces malades et écarterait le danger d'irritation provenant des parcelles alimentaires.

Quant à l'état général, il sera remonté par des toniques de tout ordre : huile de foie morue, cacodylate de soude, vin iodo-tannique.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

La déclaration gratuite des maladies infectieuses.

Le jour où a été promulguée la loi sur la déclaration des maladies infectieuses, aucun de nos législateurs ne s'est fait cette simple observation que c'était là un service indiscret et désagréable qu'on réclamait de la part du corps médical On trouvait tout naturel d'exiger de nous un surcroît de travail et de peine, sans même nous assurer autre chose en échange que les récriminations de la clientèle et la mauvaise humeur de l'Administration dérangée dans sa quiétude par des soucis intempestifs d'hygiène. Or voici que la lumière nous vient de Belgique.

La ville de Liège a, la première, eu le sentiment de l'injustice commise. Le médecin rend service à la communauté quand il signale dans la ville la présence d'une maladie épidémique, telle que le typhus. Il doit donc être rémunéré en conséquence. Et la ville de Liège a décidé la rétribution des certificats médicaux la renseignant sur l'existence des maladies contagieuses. Voilà qui est bien. Le dévouement du corps médical est toujours prêt ; il ne recule devant aucun sacrifice. Et c'est parce qu'on le sait, qu'en France on en abuse. Quand il s'agit d'un service à demander, vite les grands vocables de jaillir et l'éloquence de rouler. Les médecins sont inondés de formules admiratives, de phrases enthousiastes où sont célébrés sur le ton oratoire la noblesse de leur âme et la générosité de leurs sentiments. Des compliments, des lettres de félicitations, le Gouvernement n'en est point avare. Il ne se rebiffe que si l'on prétend à un remerciement plus solide. Ne touchez pas à son porte-monnaie. La louange s'arrête et le sourcil se fronce si vous faites valoir la supériorité des honoraires métalliques sur les honoraires verbaux. Un instant, s'il vous plaît ! On ne se nourrit pas d'air et de vent ; le médecin français, tout désintéressé qu'il soit, a besoin d'une nourriture moins gouvernementale. Les éloges officiels, malgré le grand nombre de vertus qui les signalent, n'ont pas encore eu celle de faire bouillir la marmite.

Aussi bien la France, si elle suit la Belgique, n'arrivera jamais que bonne troisième. L'Angleterre, en effet, l'a déjà précédée dans la voie. A Manchester, tout comme à Liège, le médecin est payé pour la déclaration des maladies contagieuses. Mais ce n'est pas tout ; il touche encore des rétributions pour des communications ou envois moins importants. Vient-il à adresser, au Laboratoire d'hygiène, des produits pathologiques aux fins d'analyse, il lui est alloué pour sa peine la somme de 2 shellings 6 pence. (*Le Scalpel*, 21 sept.).

Vous entendez d'ici les cris de l'Administration si en France elle était soumise à pareille obligation : rétribuer un médecin pour l'envoi qu'il fait, au Laboratoire, d'une membrane diphtérique. C'est du coup que tout serait perdu et que les médecins seraient considérés comme la secte infâme. Pas de parole assez violente pour les flétrir. Comment ! Ils en ont assez de la plaisanterie qui sous couleur de sentiments humanitaires leur impose l'obligation de se laisser mourir de faim ! Ils entendent vivre, les impertinents ! Et l'indignité de leur conduite ne les suffoque pas ?

Espérons que ces sursauts de protestation et de colère, nous vivrons encore assez pour y assister. Il appartient aux Syndicats d'obtenir, pour les médecins français, les avantages que spontanément et dans un esprit de justice, leur ont concédés nos voisins d'Outre-Manche et les Belges.

P. S. — A partir du prochain numéro, les articles de Médecine professionnelle paraîtront à la fin du journal, après le bulletin des « Sociétés Savantes ».

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Injection sous-cutanée de caféine comme adjuvant de la saignée chez les asystoliques. — Dans les affections du cœur, alors que la pression sanguine est très faible, le malade étant arrivé à la période asystolique, il arrive que la saignée ne donne pas toujours les effets qu'on en attend : le sang coule mal. Pour éviter cet inconvénient, M. Legendre s'est bien trouvé d'une injection hypodermique de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 de caféine. Aussitôt l'injection pratiquée, le sang coule avec force. On peut aussi pratiquer l'injection avant de procéder à la saignée. (*Société de Thérapeutique*).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Incontinence nocturne d'urine

Les médications sont innombrables : preuve que leur efficacité est incertaine. Existe-il une irritation locale ? On y mettra fin (phimosis, adhérences balano-préputiales chez les garçons, oxyures vermiculaires chez les filles). Les opérations de phimosis chez les garçons sont d'ordinaire suivies d'une amélioration : mais souvent l'amélioration ne dure pas et au bout de quelques mois les accidents reparaissent.

Trousseau conseillait la belladone. On la peut joindre à l'antipyrine :

Sirop belladone.....	ãã 75 grammes
— tolu..... ...	
Antipyrine.....	15 —

Une cuillerée à café matin et soir. Monter à 2 cuillerées à café si l'incontinence persiste.

On peut encore associer la belladone au bromure de camphre et au castoreum, au valérianate d'ammoniaque :

Ext. belladone.....	0 gr. 01
Bromure de camphre.....	0 — 10
Valérianate d'ammoniaque..	ãã 0 — 05
Castoreum.....	

P. 1 pilule. Une pilule au coucher.

Nous avons ordonné, sans grand succès, l'extrait fluide de rhus aromatica, 5 à 15 gouttes matin et soir, ou bien une cuillerée à dessert de la potion suivante où l'extrait fluide de rhus aromatica se trouve mêlé au valérianate d'ammoniaque :

Ext. fluide de rhus aromatica...	2 gr. 50
Valérianate d'ammoniaque.....	0 — 75
Sirop menthe.....	150 grammes

Rousseau-St-Philippe (de Bordeaux) utilise le rhus radicans. On peut le prescrire, en l'associant aux préparations glycérophosphatées, comme toniques :

Teint. rhus radicans.....	8 grammes
Glycérophosphate de chaux.	ãã 1 gr. 50
— de fer....	
Sirop de cerises.....	300 grammes

Une cuillerée à dessert au lever et au coucher.

On sait l'influence extrême du moral sur ces accidents. Les anciens imaginaient toutes sortes de remèdes dont la composition bizarre agissait sur l'imagination de l'enfant (la fiente de rats du poids d'un écu d'or dans du bouillon). Tout changement de milieu, toute impression forte tendant à remonter le moral de l'enfant exercera une action favorable. Donner aux petits malades peu à boire, les réveiller dans la nuit pour les empêcher d'uriner, sont pratiques inutiles et qui risquent de fatiguer. L'enfant urinera sous lui juste au moment où il dort et dans l'intervalle des heures où on le réveille. Les toniques généraux, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie, une cure saline rendront des services. L'électrisation du col de la vessie par les courants faradiques (Guyon) a fait ses preuves ; on y recourra dans les cas rebelles. Une méthode plus récente consiste dans l'emploi des injections épidurales de sérum ou de cocaïne. MM. Cathelin et Loumeau (*Congrès d'urologie*, oct. 1902) ont insisté sur les avantages obtenus en pareil cas. Sur 8 malades, le dernier de ces auteurs en guérit rapidement quatre dont la maladie avait précédemment résisté à tous les traitements. Seulement l'auteur n'a suivi ses malades que pendant plusieurs mois. L'incontinence pourrait reparaître comme elle se montre après l'opération du phimosis, alors que des mois d'amélioration auraient pu faire croire à la guérison radicale et définitive.

OTOLOGIE

L'amélioration des troubles de l'audition suites d'otite suppurée. — Deux complications majeures suivent les otites suppurées qui n'ont pas reçu dès le début des soins suffisamment avertis : 1° la perforation ; 2° les synéchies.

1° En règle générale, plus la perforation est grande, plus l'oreille est troublée dans sa fonction. Il est vrai que si l'appareil percepteur est intact et que l'étrier est libre, on peut entendre la voix chuchotée encore à 10 mètres, malgré l'absence du marteau et de l'enclume, malgré une destruction complète du tympan.

2° En raison de la faible distance entre le tympan et le promontoire, il peut se faire facilement que pendant la période de suppuration, les deux muqueuses infiltrées et ulcérées se collent l'une contre l'autre, formant ainsi une synéchie entre le tympan et la paroi interne de la caisse. Ces synéchies sont presque toujours combinées avec des perforations du tympan; la gêne qu'elles provoquent dépendent de leur étendue et de leur siège. Si la synéchie est étroite et n'occupe qu'une partie seulement du tympan, la chaîne des osselets garde encore une certaine liberté dans ses mouvements. Les malades peuvent entendre la voix chuchotée à plusieurs mètres. Le manche du marteau est-il immobilisé par la synéchie ? La voix

Digitized by Google

chuchotée n'est plus entendue qu'à un mètre. D'ordinaire les synéchies s'accompagnent de bruits subjectifs liés soit à une irritation inflammatoire qui continue dans le labyrinthe soit à la pression que subit la fenêtre ovale par la rétraction de l'étrier.

Jusqu'à quel degré tous ces troubles peuvent-ils être améliorés ? C'est à cette question que vient de répondre M. Gomperz (de Vienne) *(Ann. des Mal. des oreilles, larynx, nez, pharynx*, octobre 1902).

Le premier devoir du praticien est d'arrêter l'inflammation et l'écoulement. Très souvent l'amélioration de l'audition suit l'arrêt de la suppuration. La suppuration étant tarie, il convient d'améliorer l'audition autant que possible.

Contre les perforations petites et tant que la chaîne des osselets est intacte, la douche de Politzer ou le cathétérisme rendront des services. Si la perforation est grande, ces moyens perdent de leur efficacité. L'air insufflé par la trompe fuit par la brèche sans prendre appui sur le tympan. L'effet de la douche d'air sera aussi précaire si les osselets sont fixés entre eux ou si la continuité dans la chaîne est interrompue. Que faire en pareil cas? Il faudra avoir recours aux méthodes qui tendent à remplacer les parties détruites. Le moyen idéal d'obturer les perforations du tympan est de solliciter le pouvoir réparateur du tympan en excitant les bords de la perforation. En 1895, le Dr Okuneff (de Saint-Pétersbourg) *(Monatsch. für Ohrenheilk.*, 1895) annonça qu'à l'aide de cautérisations avec l'acide trichloracétique, il vit souvent les perforations se fermer. M. Gomperz confirme les résultats obtenus. La technique est la suivante : badigeonnage préalable — car le procédé est douloureux — du tympan avec une solution stérilisée de cocaïne à 10 ou 20 0/0. Au bout de 5 minutes, cautérisation. Le bout de la sonde est entouré d'un mince bourrelet de coton et trempé dans l'acide liquéfié. On débarrasse le bout de la sonde de l'excédent d'acide en le comprimant solidement avec un peu de coton hydrophile et on badigeonne ensuite les bords de la perforation. Une injection consécutive dans l'oreille avec de l'eau à 0.7 0/0 de sel marin est nécessaire si la douleur est trop forte ; mais celle-ci ne dure pas plus de 10 minutes. Après la cautérisation, les parties touchées se recouvrent d'une eschare d'une blancheur de neige. La réaction est insignifiante. L'opération est répétée toutes les semaines. Au bout de 5 à 10 cautérisations, l'occlusion est complète. Il se forme souvent une croûte concentrique qu'il ne faut pas enlever, car elle contribue à obturer la perforation. L'ouie s'améliore, les bruits subjectifs disparaissent, et ces succès sont obtenus dans plus de la moitié des cas. Dans les circonstances où la cautérisation échouerait, alors seulement on recourrait au tympan artificiel.

D'autres procédés plus simples ont été recommandés. Ainsi Rosegarten *(Monatsch. f, Ohrenheilk.*, Bd 17) obture la perforation avec l'insufflation de poudre d'alun en couche épaisse. M. Gomperz donne la préférence à l'acide borique. Michael *(Berlin. Klin. Wochens.*, 1882, p. 121) laisse tomber goutte à goutte de la glycérine dans l'oreille ; au bout de l'instillation de quelques gouttes, l'ouïe est améliorée. Il verse ensuite quelques gouttes de collodion et laisse le malade garder le repos pendant 1/4 d'heure. Le collodion forme une pellicule qui tient 4 à 8 jours; pendant ce temps, l'amélioration se maintient.

Quant à la libération des synéchies, elle est assez ardue. On a conseillé pour de pareils cas l'injection forcée d'huile de vaseline avec une petite seringue dans la trompe et de pousser avec la poire jusque là dans la caisse, M. Gomperz sans dénier toute efficacité à ces injections, n'en a toutefois pas retiré grands résultats. En général les tentatives pour libérer les adhérences complètes entre tympan et osselets avec la paroi interne de la caisse pèchent toutes par l'impossibilité où l'on se trouve d'empêcher la récidive. M. Gomperz a signalé un procédé à lui d'après lequel il est possible d'empêcher que l'adhérence du manche du marteau ne se reproduise après la section. Mais c'est là une méthode délicate et les praticiens ne s'aventureront pas dans des essais de ce genre. Les cautérisations à l'acide trichloracétique, à la rigueur les injections d'huile de vaseline par la trompe, ils n'auront guère à sortir de cette double intervention laquelle pourra être appliquée par un grand nombre d'entre eux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'hypertrophie prostatique. — On s'est occupé de ce sujet au dernier *Congrès d'urologie*. Disons tout de suite que la majorité des orateurs s'est prononcée pour le traitement opératoire. C'est *la prostatectomie périnéale* qui reconnaît le plus grand nombre d'indications. M. le Dr A. Malherbe (de Nantes) a essayé de réhabiliter comme méthode curative *la résection totale du cordon*. Le procédé consistant simplement à réséquer un centimètre environ de la longueur de chaque cordon entre deux ligatures, est facile et sans gravité. L'opération est suivie de la production d'un gonflement du testicule et de l'épididyme avec atrophie progressive. L'atrophie testiculaire s'accompagne de l'arrêt de l'hypertrophie prostatique et même de la régression de cette hypertrophie. Cette heureuse chance ne se réalise pas toujours. Souvent et surtout dans les hypertrophies anciennes, un résultat négatif est

Digitized by Google

obtenu. C'est pourquoi la résection totale du cordon est délaissée à peu près conplètement pour la *prostatectomie périnéale*.

De nombreux chirurgiens s'en déclarent partisans.

Citons MM. Hartmann, Legueu, Desnos. Le premier conseille la technique suivante : dans un premier temps on met à découvert la face postérieure de la prostate par une périnéotomie transversale ; on se rappellera qu'il existe entre le rectum et le bec de la prostate une forte adhérence qu'il faut sectionner transversalement au bistouri si l'on veut éviter à coup sûr la lésion de l'intestin. C'est seulement après avoir franchi cette zone d'adhérence (M-recto-urétral) que le doigt peut décoller avec la plus grande facilité la face postérieure de la prostate, cheminant dans un espace décollable et avasculaire.

Dans le deuxième temps, on extirpe la prostate faisant sur la ligne médiane postérieure une incision verticale qui, au niveau du bec de la prostate, ouvre le canal. Avec de petites pinces de Museux on saisit alors le tissu prostatique, sur la tranche de section, enlevant à l'intérieur de sa capsule successivement chacun des deux lobes ou les morcelant dans le cas où l'énucléation globale semble impossible. L'énucléation terminée, M. Hartmann diminue le calibre du canal s'il est trop grand et laisse un gros drain périnéal à demeure.

L'opération est indiquée dans les rétentions complètes chroniques et dans certaines rétentions incomplètes chroniques lorsqu'elles s'accompagnent soit de la présence de calculs, soit de fièvre, soit de cystite rebelle aux traitements habituels. Contre les accidents infectieux, M. Hartmann considère la prostatectomie périnéale comme supérieure à tous les autres moyens, même à la cystostomie sous-pubienne qui constituait avec la sonde à demeure notre seule ressource. L'auteur ne trouve de contre indications que dans une cachexie extrême et dans l'existence de complications cardio-pulmonaires. MM. Legueu et Desnos confirment, d'après les résultats de leur pratique, les bons effets opératoires obtenus par M. Hartmann. D'après M. Desnos, la section galvano caustique ou opération de Bottini mérite de garder une place à côté de l'extirpation complète de la glande. C'est l'avis de M. Freudenberg (de Berlin), qui sur 44 cas récents d'opération de Bottini, a compté 41 succès, 2 insuccès et seulement une mort.

A remarquer une complication d'ordre médical et bizarre qui peut parfois suivre la prostatectomie périnéale. Elle a été observée sur trois de ses opérés par M. Reynès (de Marseille). Il s'agit de troubles psychiques caractérisés par des phénomènes de déficit cérébral, du gâtisme, de l'inconscience, de l'agitation. S'agissait-il d'une coïncidence ? Ou la prostatectomie exerce-t-elle véritablement une action sur la production de semblables accidents? C'est ce que démontreront les observations ultérieures.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Un moyen simple d'obtenir des vapeurs chaudes pour fumigations. — Les cas ne sont pas rares où sont indiqués les fumigations chaudes localisées. Névralgies (sciatique en particulier), rhumatisme chronique, traumatismes articulaires, traumatismes nerveux, autant d'affections dans lesquelles on obtient souvent, sinon la guérison, du moins la sédation de la douleur, en maintenant la région malade dans une étuve à température humide et élevée.

Malheureusement pour la clientèle du médecin de campagne, les séances de fumigation demandent du temps. Même avec l'installation la plus rudimentaire — en utilisant la vapeur d'eau chaude qui s'échappe d'un récipient — le malade et surtout l'entourage se lassent vite des préparatifs souvent répétés.

J'ai eu l'occasion d'employer un moyen extrêmement simple, rapide et peu coûteux, d'obtenir des vapeurs d'eau très chaudes.

Je fais placer au fond d'un récipient quelques fragments de chaux vive (chaux grasse) chacun du volume du poing. Petit à petit l'on verse sur la chaux une certaine quantité d'eau. La chaux *foisonne* instantanément, la vapeur se dégage en abondance. La région malade (la jambe et la cuisse dans le cas de sciatique) est placée au-dessus du récipient — et le tout enveloppé d'une couverture suffisamment épaisse. Si la température de cette étuve *de fortune* devient trop élevée, il suffit de soulever un coin de la couverture ; — si elle est insuffisante, il suffit de verser un peu plus d'eau sur la chaux.

Dans un cas de sciatique, j'ai prescrit comme premier remède ce bain de vapeur, et j'ai obtenu immédiatement une diminution très notable des douleurs. Des séances journalières d'un quart d'heure ont amené leur disparition à peu près complète.

Ce même procédé m'a également donné satisfaction dans un cas de rhumatisme chronique des deux genoux et dans un cas de synovite traumatique du poignet.

La fumigation humide si simplement obtenue par ce moyen peut également remplacer, à la campagne, le bain de siège ou la douche périnéale chaude.

La douleur provoquée par les hémorrhoïdes cesse dès la première séance. (Le malade s'assied sur la vase où est placée la chaux pendant cinq à dix minutes). La prostatite aiguë serait justiciable de ce traitement. Economie, rapidité, simplicité sont fort appréciées d'ailleurs par le malade.

Digitized by Google

Rien n'empêche, si l'on veut ajouter à l'élégance, sinon à l'efficacité du procédé, de répandre sur le chaux, avant l'eau, quelques gouttes de térébenthine, et l'on réalise ainsi à domicile l'étuve oléo-résineuse. — Dr J. Jullien (Joyeuse).

Traitement de la phosphaturie par le sulfate de chaux. — La phosphaturie se trouvant fort bien de l'action des eaux sulfatées calciques (Contrexéville, Martigny), M. le Dr Etterlen (de Contrexéville) a imaginé de contrôler l'action isolée du sulfate de chaux chimiquement pur sur l'excrétion urinaire des phosphates (*Lyon Méd.*, oct.). Il fait ingérer à un adulte en bonne santé, excrétant par litre d'urine 1 gr. 3685 d'acide phosphorique et 13 gr. 87 d'urée, quatre cachets contenant chacun 50 centigr. de sulfate de chaux chimiquement pur et 50 centigr. de carbonate de magnésie pur. Les cachets sont pris, un avant le petit déjeuner, deux avant le repas de midi, un au repas du soir. Au bout de 48 heures, la quantité d'acide phosphorique contenue dans l'urine était tombée à 0 gr. 4545 par litre. Les expériences poursuivies sur plus de 30 malades lui ont fourni des résultats analogues.

Donc le sulfate de chaux chimiquement pur ou en combinaison naturelle, exerce une action curative vis-à-vis de la phosphaturie. Comment se produit cette action ? Les phosphates n'apparaissent-ils pas dans l'urine parce qu'ils sont utilisés ou emmagasinés dans l'économie ? Quoi qu'il en soit, cette diminution de la phosphaturie coïncide avec une augmentation considérable des forces, une sensation de bien-être, le relèvement du moral des malades. Le tube digestif supporte fort bien cette médication, les intolérances sont exceptionnelles. Le sulfate de chaux chimiquement pur paraît donc le remède spécifique de la phosphaturie et des états phosphaturiques. Le remède sera administré en cachets, à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour, mélangé à parties égales avec du carbonate de magnésie. On pourra encore ordonner l'eau de Contrexéville, laquelle contient 1 gr. 22 de sulfate de chaux par litre ou l'eau de Martigny qui en renferme 1 gr. 42.

MÉDECINE LÉGALE

La loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles. — Les Chambres italiennes viennent de voter une loi dont les conséquences, si elles se généralisent, ne manqueront pas de mettre les chefs d'ouvriers ou de manœuvres dans un grand embarras. Elles ont considéré l'atteinte par le paludisme comme un accident de travail contre lequel le propriétaire doit s'assurer. Tout paysan pris de fièvre pendant le travail sera pourvu de quinine et continuera de recevoir des soins aux frais et pour le compte du propriétaire qui l'emploie. Cette loi fait sortir les accidents de travail du cadre qui les limitait jusqu'aujourd'hui. On n'entendait par accidents de travail que les accidents d'ordre chirurgical. Voici les affections d'ordre médical qui pénètrent dans la même rubrique.

En France, la question commence également à se poser. M. le Dr Berthod s'en était préoccupé à propos du saturnisme. Lors de la discussion (*Soc. Méd. publ. et d'Hyg. profes.*) relative à la suppression des composés plombiques et à leur remplacement par des produits inoffensifs, il avait proposé l'amendement suivant : « Le saturnisme des peintres, maladie professionnelle type, est un véritable accident de travail et doit être considéré comme tel ». M. Porée vient de discuter le fondement de cette proposition (*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 20 octobre 1902). Selon lui, il est inexact de dire que la maladie, connue sous le nom de saturnisme, est un accident de travail dans le sens que la loi du 9 avril 1898 donne à ces mots. L'article 1er de la loi parle des « accidents » survenus par le fait et à l'occasion du travail. Le mot accident s'applique à un événement soudain, violent, causant une blessure, non au développement plus ou moins lent d'une maladie passant toujours par différentes phases. avant de se déclarer à l'état aigu. M. Léon Bourgeois formulait du reste la différence dans les termes suivants : « Il y a une distinction fondamentale, disait-il, à faire entre l'accident, événement soudain, violent, et la maladie qui est, au contraire, un état continu et durable, né d'une cause également continue et durable. »

Serait-il opportun d'effacer cette distinction entre l'accident et la maladie ? M. Porée ne le pense pas. Avec raison. il voit le danger de l'extension de la loi à la catégorie des maladies médicales. Celles-ci, à leur tour, se pourraient réclamer d'une indemnité et alors où serait arrêté le terme des revendications ? Il n'y a pas que le plomb dont l'emploi soit dangereux ; bien d'autres industries font courir des risques d'intoxication ; il faudrait donc promulguer une loi ainsi conçue : « Toutes les maladies professionnelles doivent être rangées parmi les accidents de travail ». Cette rédaction admise, de nombreuses difficultés se feraient jour. Indemniser les victimes des maladies professionnelles, tous risques étant atténués dans la mesure du possible, c'est soumettre les patrons à une obligation bien lourde ; d'ailleurs, comment distinguer la responsabilité du patron d'aujourd'hui et celle du patron d'hier ? Rendra-t-on responsables tous les patrons successifs et comment adminis-

Digitized by Google

trera-t-on la preuve des faits antérieurs à plusieurs années? Le jour où le patron saura que la maladie professionnelle est un accident de travail, il y regardera à deux fois avant d'engager ses ouvriers. S'agira-t-il d'intoxication par le plomb, d'ordinaire lente ? Il refusera systématiquement tous les ouvriers qui auront de longs états de service.

A l'argumentation de M. Porée, M. Letulle (*Soc. de Méd. publ. et d'Hyg. profes.*) a fait l'objection jusque que c'est une erreur de dire que les accidents produits par les toxiques industriels ne sont jamais instantanés. Le plomb introduit dans l'organisme peut déterminer des cas de mort rapide. Il conviendrait donc en pareil cas d'assurer la vie de l'ouvrier contre les risques professionnels. M. le Dr Moutier propose l'assurance. Mais qui la paiera ? Le patron ou l'ouvrier ? Bien que cette solution n'ait pas été fournie par les orateurs, il semble qu'il serait équitable de partager le risque entre les deux, la moitié de la prime étant payée par le patron, l'autre par l'ouvrier, ce dernier connaissant fort bien, quand il prend un métier, les dangers à quoi il s'expose et s'engageant, par conséquent, en connaissance de cause. Il est à remarquer, du reste, que le salaire des professions insalubres est d'ordinaire plus élevé ; et c'est là une première indemnité assurée déjà par le patron à l'ouvrier, une sorte d'indemnité préalable et avant l'accident.

CLINIQUE MÉDICALE

La névralgie faciale tuberculeuse. — Les toxines tuberculeuses se portent souvent sur les nerfs et provoquent de la sorte des névrites périphériques plus ou moins intenses. Le trijumeau, tout comme un autre nerf, peut être atteint par les toxines tuberculeuses. Les travaux de Perroud (*Lyon Médic.*, 1872) et de Carrière (*Th. Bordeaux*, 1894, et *Gaz. des Hôpit.*, 21 septembre 1901) avaient ouvert la voie dans ce sens. Un élève de M. le Pr Poncet (de Lyon), M. le Dr Jules Vaissade, vient de traiter le sujet d'une manière complète (*Th. Lyon*, 1902). Il existe deux variétés de névralgie tuberculeuse du trijumeau : 1° la première apparaît au début de la tuberculose. Elle est peu intense, fugace, coïncide avec l'amaigrissement du malade, la disparition de son appétit, les sueurs nocturnes, son inaptitude au travail. Il ne tousse pas, aux sommets on ne trouve rien ; c'est un sujet en instance de devenir tuberculeux. M. Vaissade pense que dans ce cas, c'est la toxine sécrétée par le bacille qui cause la névralgie ; 2° la seconde variété appartient au cours de la maladie ; elle est beaucoup plus tenace, s'accompagne de troubles trophiques, montre les signes à l'examen histologique d'une névrite parenchymateuse. M. Vaissade serait tenté d'attribuer cette seconde forme non plus à l'action des toxines bacillaires, mais aux effets du bacille lui même. Ce dernier ne serait doué que d'une virulence atténuée, en sorte qu'il ne produirait pas des lésions caractéristiques de la tuberculose et s'arrêterait aux troubles d'inflammation banale qui sont constatés.

Le praticien renoncera à poser le diagnostic précis de névralgie ou de névrite, la ligne de démarcation étant fort difficile à préciser, et la plupart des névralgies s'accompagnant de lésions plus ou moins considérables du nerf. On écartera en outre les névralgies d'origine dentaire, impaludique, alcoolique, tabagique ; on songera pour les éliminer à la possibilité d'une lésion cérébrale ou méningée. On comptera avec les névralgies neurasthéniques et liées à l'affaiblissement général ou à des troubles digestifs. Toutes ces causes étant reconnues improbables, si le malade a maigri, a des sueurs nocturnes, s'il montre des antécédents héréditaires ou personnels, seulement alors on hasardera le diagnostic de névralgie tuberculeuse dont les injections de tuberculine ou le séro-diagnostic pourront à l'occasion démontrer l'exactitude. Toutes ces névralgies guérissent bien au début. Plus tard et au cours du mal, elles semblent témoigner d'une infection plus intense. M. Vaissade les a notées surtout chez les tuberculeux qui éliminaient mal leurs toxines.

Le traitement visera à la fois le relèvement de l'état général et l'apaisement des douleurs par les analgésiques (valérianate ou bromhydrate de quinine, antipyrine, aconitine). Dans les cas rebelles, ne pas craindre de calmer par des injections de morphine ou de cocaïne.

L'hémiplégie chez le vieillard. — Il existe chez le vieillard une forme d'hémiplégie spéciale à la fois par la lésion qui la détermine et les symptômes. M. Pierre Massé, en 1901, traitait la question dans la *Revue de Médecine*. M. le Dr Ferrand y revient aujourd'hui (*Thèse de Paris*, 1902).

Cliniquement, la maladie se révèle par un ictus brusque, mais léger, sans perte de connaissance. Une hémiplégie partielle et incomplète y fait suite. Celle-ci s'améliore plus ou moins rapidement ne laissant souvent comme trace de son passage, que le signe connu sous le nom de « Marche à petits pas ». Il n'apparaît jamais de contracture à la suite.

La mort survient longtemps après, soit par suite d'une affection intercurrente, comme la pneumonie, soit à la suite de nouveaux ictus et de gâtisme, soit enfin par hémorragie cérébrale.

Comme le fait remarquer M. Ferrand, il y a un

Digitized by Google

intérêt considérable à faire le diagnostic exact de cette forme d'hémiplégie. N'est-elle pas compatible avec une survie assez longue? Une amélioration peut survenir; ce n'est pas le cas de l'hémiplégie à gros foyer d'hémorragie ou de ramollissement qui entraîne chez le vieillard la mort en quelques jours, ou détermine chez l'adulte une contracture permanente.

La lésion est sous la dépendance des lésions artérielles du cerveau. La sclérose des petites artères entraîne secondairement une encéphalite chronique qui guérit elle-même par sclérose. Des altérations lacunaires se produisent; au début ce n'est qu'une simple raréfaction du tissu nerveux autour d'une artériole déjà malade. Plus tard apparaissent des cavités petites, irrégulières, dont la dimension ne dépasse pas celle d'un pois et contenant un vaisseau central, souvent visible à l'œil nu. Les parois de ce vaisseau présentent des lésions banales de l'artériosclérose. Le troisième degré de la lacune est réalisé par une cicatrice de sclérose comblant ou cloisonnant la cavité.

Quand le praticien se trouvera en face d'un hémiplégique partiel, non contracturé, et dont l'ictus initial ne s'est pas accompagné de perte de connaissance, il songera à cette sorte d'hémiplégie liée à des lacunes de désintégration cérébrale, et ne se pressera pas de conclure à une fin prochaine.

L'estomac biloculaire. — Les faits d'estomac biloculaire ne sont pas fréquents. Pour qu'ils se produisent, il semble nécessaire qu'il doive exister une disposition particulière au niveau de l'orifice œsophagien. Peut-être cet orifice est-il bridé par une cicatrice qui empêche de suivre le développement du grand cul-de sac de plus en plus dilaté. Il en résulte la formation d'une double poche, l'une très volumineuse et communiquant par l'intermédiaire d'un orifice d'ordinaire muni de valvules avec l'estomac lui même, très réduit de dimensions. Dans cette grande poche stomacale peuvent s'accumuler les liquides. Ils sont capables d'y acquérir une tension assez forte pour soulever la paroi abdominale et dilater les espaces intercostaux.

M. Bouveret qui signale (*Lyon médical*, 16 mars) une observation où pareille anomalie était rencontrée, avait d'abord fait une erreur de diagnostic. Une malade âgée de 45 ans portait une grosse tumeur de l'hypochondre gauche. Cette tumeur refoulait le diaphragme, repoussait fortement en dehors les dernières côtes et descendait jusqu'à l'épine iliaque. Elle était surtout latérale et se montrait mate sur toute son étendue; elle donnait aux différents procédés d'exploration l'impression d'une tumeur liquide, très pleine, à parois très tendues. Craignant une rupture imminente, M. Bouveret pratiqua tout de suite une ponction. On s'attendait à voir sortir un liquide très clair, car on supposait un kyste hydatique de la rate. Il n'en fut rien. Le liquide qui coula apparut au contraire brunâtre et très louche. L'examen ne laissa aucun doute. Il s'agissait d'un liquide gastrique.

Dans les cas de tumeurs de l'hypochondre gauche et de l'épigastre, tumeurs liquides, mates, tendues à la façon d'un kyste, on songera donc à la poche d'un estomac biloculaire. Le moyen de s'éclairer consistera à pratiquer le cathétérisme de l'estomac. La sonde de gomme réussira le plus souvent à vaincre la résistance de la valvule qui ferme l'orifice cardiaque. Il est inutile de dire que pareils accidents se montrent excessivement rares.

ODONTOLOGIE

La réimplantation simple des dents. — Dans quelles conditions la réimplantation des dents est-elle possible? M. Brodhurst (de Montluçon) dans le *Centre médical*, 1er oct., à propos d'un fait tiré de sa pratique montre que la réimplantation donne toujours des résultats satisfaisants : 1° quand elle est faite le plus tôt possible après l'avulsion des dents ; 2° quand les dents réimplantées sont maintenues par de solides ligatures fixes; 3° quand, pendant tout le cours du traitement, on réalise l'antisepsie de la bouche d'une manière aussi absolue que possible.

Ses conclusions se basent sur l'histoire du malade suivant: un adulte, dans une chute de cheval, eut les trois dents insicives supérieures (deux médianes et une latérale droite) sorties complètement de l'alvéole et retenues seulement par le bourrelet gingival. Quelques heures plus tard, un fort œdème avait envahi la lèvre supérieure, les dents déchaussées totalement étaient renversées sur le bord palatin de la gencive et n'adhéraient plus que par un pédicule muqueux.

Après lavage antiseptique de la cavité buccale et détersion des alvéoles que les dents avulsées laissaient à découvert, M. Brodhurst redressa les dents déviées, les réintégra dans leur alvéole et les fixa par un fil de soie prenant appui sur les dents voisines non atteintes. Une ligature de consolidation en 8 de chiffre maintenait en place les dents ainsi réduites. Des badigeonnages d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et de teinture d'aconit étaient prescrits sur la gencive enflammée, des gargarismes émollients et antiseptiques étaient recommandés et le blessé devait éviter la mastication sur les dents atteintes.

Le lendemain, l'inflammation de la muqueuse gingivale s'était accentuée, l'œdème des lèvres s'était accru. L'auteur fit cesser les badigeonnages de tein-

Digitized by Google

ture d'iode et d'aconit et continuer les détersions antiseptiques.

Quelques jours plus tard et bien qu'un accès fébrile se fût déclaré dans l'intervalle, les dents réimplantées avaient pris de la solidité. Les ligatures qui étaient déplacées furent enlevées et remplacées par des bandes de caoutchouc prenant appui sur les dents; quelques pointes de feu furent ensuite appliquées sur la muqueuse gingivale. Au bout de trois semaines, les lavages antiseptiques ayant été continués dans l'intervalle et l'application des pointes de feu ayant été renouvelée à diverses reprises, les dents avaient repris leurs adhérences presque totales. La bande de soutien fut enlevée et la consolidation s'acheva parfaite.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les bouilleurs de crû. — M. Joffroy, à propos d'un volume de M. Antheaume, émet des considérations toutes d'actualité. Le privilège des bouilleurs de crû, dit-il, choque le bon sens, la morale et l'hygiène. C'est la plus dangereuse prime accordée à l'extension de l'alcoolisme. L'alcool distillé par les bouilleurs de crû se distingue par un degré d'alcool supérieur à celui des alcools industriels. Un gouvernement soucieux des intérêts de la santé publique ne saurait tolérer semblable abus.

La déclaration des maladies infectieuses. — M. Proust lit un rapport sur les épidémies. Il estime que la déclaration des maladies infectieuses, tout en devant être faite d'une manière plus hâtive, à seule fin de prendre les mesures immédiatement efficaces, devrait être confiée non aux médecins comme la loi le demande aujourd'hui, mais aux familles des malades elles-mêmes.

Le reste de la séance est consacré à la lecture du rapport de M. Proust sur le choléra et de rapports sur les prix (*4 novembre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Tétanos traumatique, traité par la méthode de Baccelli et terminé par la mort. — M. Chauffard. Homme de 40 ans. Tétanos grave à la suite d'une plaie contuse du cuir chevelu, reçue en état d'ivresse. Les injections phéniquées (0,26 par injection) associées aux injections de sérum antitétaniques (40 cent. cubes de sérum) n'ont pas empêché la mort de survenir en 29 heures. M. Chauffard se demande si les doses employées n'étaient pas un peu faibles.

Méningite cérébro-spinale. Ponctions lombaires. Guérison — M. Babinski. Les phénomènes de méningite cérébro-spinale se prolongeant trois mois chez une jeune fille de 12 ans (raideur de la nuque, signe de Kernig, fièvre, céphalalgie vive), M. Babinski a pratiqué une série de ponctions lombaires. Le liquide retiré s'écoula sous forte pression et contenait des polynucléaires en grande quantité. Dès la première ponction, il y eut du soulagement.

Avant de recourir à la ponction lombaire, le praticien se souviendra de l'efficacité des bains chauds dans la méningite cérébro spinale : bains à 38° de 25 minutes de durée toutes les 3 ou 4 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement chirurgical de l'appendicite. — M. Moty. Dans les cas douteux, M. Moty se base sur l'état du pouls. Quand il y a cent pulsations, il discute l'urgence de l'opération et n'hésite pas à la faire quand d'heure en heure les pulsations croissent. Si, au contraire, après plusieurs examens rapprochés, il ne trouve pas de changement dans le nombre des pulsations, il attend, prêt à intervenir en cas d'accélération. M. Villar (Bordeaux) est partisan de l'opération précoce : il se déclare interventionniste de plus en plus.

Les médecins, eux, n'en jugeront pas ainsi. Le traitement médical, bien institué, continuera, en dépit des assertions des chirurgiens, à guérir la grande majorité de leurs appendicites.

Calculs du rein. Extraction. — M. Bazy. Rapport sur une observation de M. Riche. Pyélo-néphrite calculeuse chez une femme de 41 ans. Une incision lombaire conduit sur le rein qui était dur : dans son intérieur plusieurs calculs qui furent extraits et un peu de pus. Après lavage de la plaie, suture du rein et fermeture de la plaie sans drainage. Guérison.

M. Bazy fait observer avec raison la hardiesse de la tentative. On suture le rein, espérant que l'uretère perméable pourra servir de drain. Cela est très bien ; n'empêche qu'il eût été plus prudent de faire pendant quelques jours des lavages antiseptiques et de ne laisser la plaie se réunir que 48 à 72 heures après l'opération.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Les quatre baccalauréats et la pléthore médicale. — Dernièrement, au sujet de la loi qui réglait l'admission dans les Facultés de médecine et du baccalauréat quadruple qui y donnait accès, nous émettions une crainte, que la suppression du latin dans une de ces épreuves n'eût pour conséquence, en facilitant l'entrée dans la Faculté, d'exagérer aussi la pléthore médicale. Tel n'est pas l'avis d'un de nos correspondants. M. le Dr Moret (de Courlon) nous écrit à ce sujet une lettre fort intéressante et que signalent des aperçus ingénieux. Nous en extrayons les passages suivants :

« Autrefois un père de famille mettant son fils au lycée

Digitized by Google

tenait un raisonnement de cet ordre : Comme je ne sais pas encore ce que fera mon fils, je vais lui faire suivre l'enseignement qui « officiellement » lui ouvre le plus de débouchés. Je ne veux pas qu'à dix huit ans mon fils me reproche par un choix anticipé, de lui avoir fermé les portes d'une carrière qu'il eût désiré entreprendre, la médecine, par exemple. »

Et l'enfant apprenait le latin, non pour connaître le latin qu'il ne savait du reste jamais, mais pour se réserver au sortir de ses classes, le choix entre plusieurs carrières. Cette manière de faire était déplorable. Car si elle laissait vers la fin de ses études la faculté au jeune homme d'opter entre les diverses carrières libérales, elle lui interdisait toute velléité de candidature à des professions d'un autre ordre : le commerce et l'industrie, pour ne citer que celles-là. Il n'avait rien appris de ce qui était nécessaire pour l'entrée et la réussite dans ces sortes d'occupations qui passaient jadis pour valoir moins de considération à ceux qui les embrassaient, et exiger moins d'aptitudes de leur part. C'est presque de force qu'il pénétrait dans les carrières libérales et sans avoir aucun goût particulier pour l'une d'entre elles, des conditions de famille et de milieu décidant presque uniquement de son choix.

Aujourd'hui, et grâce à l'institution des quatre baccalauréats, le lycéen pourra viser à des carrières très différentes : l'industrie aussi bien que la médecine lui seront ouvertes. S'il choisit la médecine, c'est parce qu'il le voudra, qu'il l'aura décidé ainsi et non parce qu'il y sera obligé et contraint par la force des choses. Et comme la profession médicale n'est pas très brillante, il y aura gros à parier qu'il n'optera pas pour elle.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de technique opératoire, par Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille. 2 forts volumes gr. in-8°, avec 1.907 figures dans le texte. (Masson et Cie, édit.). 40 francs.

Nous avons dit, il y a quelques mois, tout le bien que nous pensions de cet ouvrage, le second volume qui le termine continue l'impression favorable. Tout y est clair comme style et illustration. Signalons les opérations sur l'estomac et le tube digestif, sur le rein et la vessie, sur les organes génitaux de l'homme et de la femme. La *Technique opératoire* complète, heureusement présentée, fait le fond solide de tous les chapitres qui constituent chacun une monographie chirurgicale de premier ordre.

Les obsessions et la psychasténie, par le Dr Pierre Janet, professeur de psychologie au collège de France. 1 fort volume gr. in 8° avec figures dans le texte. (Félix Alcan, édit., Paris). 18 francs.

M. Pierre Janet s'est donné pour tâche de suivre la méthode préconisée par M. Ribot, à savoir : tirer de la psychologie tous les éclaircissements qu'elle peut apporter à la classification et l'interprétation des faits offerts par la pathologie mentale.

Le volume présent entreprend l'étude des obsessions, des impulsions, des tics, des phobies, etc. Comme toujours, l'analyse de l'auteur est pénétrante et fine ; le médecin érudit se double en lui du psychologue perspicace. Nous ne pouvons qu'applaudir au labeur persévérant de M. Janet qui, peu à peu, enrichit la pathologie mentale de données ingénieuses et qui sont le fruit d'une observation attentive. S'il nous était permis d'émettre un regret, il se rapporterait au procédé favori de l'auteur. Pour nous assurer des bases scientifiques de son argumentation, il délaye son effort dans des analyses un peu trop complaisamment rapportées et qui ne se ramassent pas en quelques lignes concises et fermes. Le tissu de l'œuvre est un peu lâche. Les grandes lignes et les idées directrices paraîtraient dans un relief plus saisissant, si elles n'étaient pas noyées dans des développements et des surcroits d'informations qui ne paraissent pas toujours indispensables.

Guide-Formulaire de thérapeutique générale et spéciale par le Dr V. Herzen. 2e édition entièrement refondue. — Paris, J.-B. Baillière, 1903, 1 vol. de 706 p.

Le public médical, j'entends surtout le public des praticiens, conservera à cette deuxième édition la faveur dont il avait entouré la première. Les nouveaux médicaments trouvent place dans ce recueil ; de nombreuses pages (appendicites, péritonites, hématémèses) ont été remaniées. La suite des chapitres qui se succèdent par ordre alphabétique, le nom de chaque maladie servant d'en-tête, facilite les recherches rapides et permet en quelques instants de remémorer les indications thérapeutiques et le traitement, ce dernier étant expliqué par des conseils précis et des formules bien comprises.

ERRATUM

Une erreur très regrettable de typographie s'est glissée dans notre dernier numéro, à l'article de thérapeutique appliquée, sur la nouvelle médication iodée par l'**Iodalose**, *solution titrée de Peptoniode*. L'auteur de ce produit et des divers travaux scientifiques auxquels il a donné lieu est M. E. Galbrun, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris, et ancien aide-préparateur de chimie à cette Ecole.

Concours du Journal des Praticiens

Nous rappelons à nos lecteurs que tous les Mémoires ou travaux pour ce concours, doivent être envoyés ou déposés au bureau du journal, *à l'adresse de son Directeur*, avant le 15 novembre 1902 et avant six heures du soir.

Les Mémoires ou travaux reçus après cette date, n'auront plus droit au concours.

Nous rappelons que les auteurs ne doivent pas se faire connaître et qu'ils doivent faire précéder les mémoires d'une devise correspondant à leur nom indiqué sous pli cacheté. (Se reporter au n° du 18 janvier pour les conditions du Concours.)

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement externe du prurit (méthodes antiprurigineuses) (1)

Par M. le Dr Leredde

Le prurit constitue un symptôme extrêmement commun, extrêmement pénible et souvent rebelle; le traitement, en dehors de certaines formes où il est lié à une maladie aiguë, éphémère de la peau, exige l'emploi de nombreux moyens, et, ce qui le rend encore plus difficile, la connaissance exacte de ces moyens, des services qu'ils peuvent rendre, et des inconvénients qu'ils peuvent avoir.

Considéré comme symptôme, le prurit peut être de *cause externe* ou de *cause interne*. Dans le premier cas, il est lié de ce fait à une phtiriase, à la gale, etc. Des erreurs de diagnostic sont fréquentes; la gale passe inaperçu du médecin, qui ne pense pas à la rechercher chez un malade appartenant à un milieu social un peu élevé et bien tenu, même, ce qui est plus surprenant, quand deux ou trois personnes appartenant au même milieu présentent simultanément du prurit cutané.

Le prurit de cause interne ne s'accompagne parfois d'aucune lésion cutanée, ou ne montre que des lésions dues au grattage par les ongles. Tantôt il est disséminé, diffus ou généralisé; on l'observe chez des intoxiqués (cocaïne, morphine), des dyspeptiques, des diabétiques, des goutteux, les femmes enceintes, des malades atteints de troubles nerveux variés : un type mal connu extrêmement redoutable et grave porte le nom de prurit sénile, et se développe à partir de 60 ans. Tantôt il est localisé; en particulier à l'anus, à la vulve, au scrotum; ces formes limitées du prurit ont elles-mêmes une étiologie complexe, et relèvent de causes locales (hémorroïdes, constipation dans le prurit de l'anus; métrite, vaginite dans le prurit vulvaire), mais s'observent surtout chez des malades dont l'état de nutrition, l'état viscéral, l'état nerveux n'est pas physiologique.

Les prurits sans lésion cutanée, du moins sans lésion cutanée visible, peuvent se compliquer d'altérations secondaires de la peau, qui sont d'origine parasitaire et dues aux inoculations apportées dans le tégument par les ongles du malade et à la germination parasitaire favorisée à ce niveau par les traumatismes réitérés du grattage, lequel devient de plus en plus intense avec l'augmentation des lésions microbiennes ainsi déterminées. Il suffit d'énumérer quelques-uns de ces accidents : les *folliculites*, les *furoncles*, l'*impétigo* sous diverses formes. Pour Sabouraud la *lichénification* des téguments est due au streptocoque.

Sous ce nom de *lichenification*, on désigne une réaction anatomique des téguments, extrêmement commune, trop peu connue de la majorité des médecins, caractérisée, quand tous les symptômes sont réunis, par l'épaississement de la peau, l'augmentation de consistance, des altérations épidermiques, qui aboutissent à la formation de papules dures, isolées ou agglomérées. On observe un quadrillage régulier de la peau, divisée par de fins sillons parallèles qui limitent des élevures polygonales disposées au contact les unes des autres, une pigmentation fréquente un prurit intense. Dans le type lichen circonscrit de Vidal et Brocq, quand tous les caractères anatomiques sont au complet, on observe des plaques comprenant trois zones, une centrale où existe le quadrillage régulier, une deuxième où l'on trouve des papules isolées, une externe pigmentaire.

Enfin, le prurit d'origine interne est souvent associé à une dermatose dont il constitue un des symptômes, tantôt aiguë, urticaire, prurigo aigu, eczéma aigu; tantôt chronique : dermatose de Duhring, pemphigus foliacé, lichen plan, mycosis fongoïde; enfin toute la série des prurigos subaigus et chroniques de l'enfant et de l'adulte, typiques et atypiques.

Les saisons jouent un rôle dans l'apparition du prurit; je rappelle l'existence d'une forme décrite sous le nom de prurit d'hiver, très connue en Amérique, mais encore assez obscure dans son origine et sa nature réelle.

Je suis obligé de dire quelques mots de la pathogénie du prurit, qui me paraît comprise de la manière la plus confuse par la plupart des dermatologistes. Le prurit est un symptôme nerveux qui résulte de l'irritation des terminaisons sensitives de la peau. Mais tout symptôme nerveux n'a pas nécessairement une cause nerveuse, et, en dehors de quelques hystériques, de quelques névropathes, le prurit est dû régulièrement, normalement à la présence d'agents toxiques ou irritants dans le derme. *C'est, en un mot, un phénomène nerveux d'origine toxique.*

L'origine des intoxications qui causent le prurit doit être recherchée très souvent dans l'estomac (A. Robin et Leredde) (1), très souvent dans le foie : il n'est peut être pas de maladie ou d'altération hépatique où le prurit ne puisse apparaître; le prurit est un des symptômes de la cholémie familiale de Gilbert et Lereboullet; parfois dans le rein, le corps thy-

(1) Leçon faite aux cours des vacances de l'Hôtel des Sociétés Savantes.

(1) A. Robin et Leredde. Rôle des dyspepsies dans la genèse de certaines dermatoses, *Bulletin de thérapeutique*, 1899.

Digitized by Google

roïde (le prurit est un symptôme assez commun de la maladie de Basedow). Il peut être lié à un état d'intoxication chronique diathésique, se révélant d'autre part par la goutte ou le diabète, ou la lithiase rénale.

La pathogénie du prurit sénile est inconnue, quoique son origine toxique ne soit pas douteuse; à vrai dire, il est probable qu'il est dû à un état d'insuffisance rénale.

Le prurit est très souvent lié à des lésions sanguines, c'est ainsi qu'il appartient aux *leucémies* et aux *lymphadénies*. Les lésions sanguines sont de règle dans la série des dermatoses prurigineuses que j'ai énumérées plus haut; j'ai décrit celles qui appartiennent à l'urticaire, à la dermatose de Dubring, au pemphigus foliacé. Peter a étudié celles du prurigo. Toutes ces maladies peuvent se grouper avec l'érythème polymorphe, le purpura... sous le nom d'*hématodermites* que je leur ai donné (1).

Chercher l'origine du prurit en dehors de la peau est un travail toujours nécessaire, et qui doit conduire à un traitement rationnel, dans nombre de cas. Cependant il s'agit d'un trouble cutané; et dans la guérison, dans l'atténuation du prurit, la thérapeutique locale joue un rôle considérable; elle permet, à condition d'être maniée avec adresse, d'obtenir des effets surprenants dans un grand nombre de cas; il importe de la connaître.

La thérapeutique chez tout prurigineux comporte en première ligne l'emploi de moyens hygiéniques, destinés à mettre la peau dans les conditions physiques les plus favorables au soulagement des phénomènes douloureux, et à la protéger contre toutes les irritations extérieures qui jouent dans l'aggravation du prurit un rôle des plus importants.

Le prurigineux doit, sauf exceptions rares, être vêtu de toile, fine ou usée; s'il a l'habitude de porter directement sur la peau des vêtements de flanelle ou de laine, il interposera de la toile entre ceux-ci et l'épiderme. La gaze rend les mêmes services, mais la soie et le coton n'ont que des inconvénients.

La peau sera poudrée au talc, à l'amidon, au lycopode, etc. Dans les prurits aigus, dans l'urticaire et le prurigo aigu, les poudres ont une action bienfaisante indéniable et soulagent extrêmement le malade. Les applications sont faites deux fois au moins par vingt-quatre heures.

L'action des poudres est une action décongestionnante et rafraîchissante; il est indiqué chez la plupart des prurigineux d'abaisser la température du tégument. Cependant il est quelques cas où après expérience faite, il est prouvé que l'application de graisses, d'huiles, d'axonge fraîche, de vaseline blonde amène une amélioration du prurit alors que la poudre n'a pas réussi. Ces cas sont en première ligne des cas de prurigo chronique.

Dans les cas simples de prurits aigus et légers, le poudrage de la peau, combiné aux lotions chaudes, additionnées ou non de médicaments actifs, suffit à la thérapeutique.

On a cherché à modifier par d'autres procédés les conditions physiques dans lesquelles se trouve placé le tégument chez les prurigineux; de là applications de *colles*, d'*ouate* et de *caoutchouc*.

Des expériences intéressantes de Jacquet ont montré que l'enveloppement ouaté peut prévenir la formation de saillies urticariennes. Il a vu qu'on peut faire cesser le prurit et l'urtication chez des malades atteints d'urticaire intense et généralisée par l'enveloppement ouaté méthodique. Il est du reste nécessaire que cet enveloppement soit fait avec rigueur, que le bandage ouaté soit analogue à un bandage chirurgical : la compression de la peau, la diminution de circulation qui en est la suite, intervient dans une certaine mesure.

L'emploi du pansement ouaté ne s'est pas généralisé, il permet parfois de soulager le prurit, il ne le permet pas souvent, et on ne l'essaiera pratiquement qu'après échec de moyens plus souvent utiles, en particulier des colles.

Le *caoutchouc* peut également rendre des services dans quelques cas (Besnier et Doyon); il ne doit jamais être employé chez des malades atteints d'infections superficielles dues au grattage ou non, d'eczéma, ou même chez des malades eczématisables. On se servira de toile caoutchoutée fine, qui sera lavée matin et soir. La peau sera surveillée avec soin, le caoutchouc supprimé au premier symptôme d'irritation; dans ce cas, on poudrera largement de suite, au talc porphyrisé.

Les *colles* constituent un procédé indispensable dans la thérapeutique de certains prurits, et que tout médecin doit connaître. Elles protègent la peau contre les traumatismes extérieurs de tout ordre; en même temps elles constituent un revêtement perméable, elles amènent la décongestion et le rafraîchissement superficiels.

Il existe un grand nombre de formules de colles; en voici une que j'ai employée à l'hôpital Saint-Louis :

Gélatine	1.500	grammes
Grenétine	1.500	—
Glycérine	3.000	—
Eau	3.000	—
Gomme arabique	160	—
Oxyde de zinc	500	—

(1) Leredde. Hématodermites. *Pratique dermatologique*, t. II.

Digitized by Google

Une colle de ce genre forme une masse blanche élastique qui fond à une température peu élevée. Pour l'appliquer, on la fait fondre au bain-marie, et quand elle est liquide, on badigeonne les surfaces prurigineuses. Elle forme en se refroidissant un enduit souple qui se moule sur la peau, la comprime légèrement. Pour augmenter l'adhérence on peut, au moment où on vient d'étendre la colle et où elle n'est pas tout à fait refroidie, appliquer une couche aussi mince que possible d'ouate, qui fera corps avec la colle.

La colle de zinc s'enlève par le lavage avec de l'eau un peu chaude sans la moindre difficulté.

Les colles peuvent être additionnées d'agents antiprurigineux, en particulier d'ichtyol, de thiol, de tuménol, mais il est préférable d'employer ces agents en badigeonnages, par exemple en solution aqueuse (10 0/0 en moyenne), de laisser sécher et d'appliquer ensuite la colle.

Les emplâtres comme les colles protègent la peau contre tous les irritants extérieurs, mais d'autre part leur effet est différent : les colles décongestionnent la peau, les emplâtres oblitèrent au contraire les pores cutanés et ne doivent être employés que pour faire pénétrer profondément des substances actives. Ils sont encore plus dangereux que les colles sur les lésions suintantes, susceptibles d'infection ou infectées; on ne devra les employer que sur des régions absolument sèches et avec surveillance. Il est bien entendu d'autre part qu'on les emploiera seulement dans des lésions limitées.

La toilette de la peau chez les prurigineux exige des précautions spéciales et mérite quelques détails. Il y a longtemps, pour ma part, que j'ai eu l'attention attirée sur les inconvénients des savons dans les eczémas chroniques les plus légers et les dermatites artificielles chroniques les moins intenses (1); ces inconvénients ne sont pas moindres chez les prurigineux, au moins chez un certain nombre d'entre eux. Il me semble même qu'il existe un véritable « prurit de savon » qui n'a pas été décrit, je crois, et qui me semble avoir une grande importance pratique. J'en ai observé récemment un cas remarquable.

Un homme d'une quarantaine d'années, grand, vigoureux, me fut adressé par un médecin des plus distingués pour être soigné d'un prurit d'intensité moyenne, mais gênant par sa persistance, occupant les bras et les cuisses. Ce malade présentait un bon état de santé général, mais souffrait de temps à autre d'accidents intestinaux, liés à une entérite muco-membraneuse. Un régime sévère avait été prescrit, et avait amélioré l'état intestinal, mais les traitements variés qui avaient été faits par des dermatologistes n'avaient pas atténué le prurit. Il semblait que l'électricité de haute fréquence pouvait seule améliorer le malade.

En l'examinant, je fus frappé de la sécheresse de la peau du corps, et de l'aspect plissé de l'épiderme, en particulier sur les membres. En poussant l'interrogatoire plus à fond, j'appris que le malade avait l'habitude de nettoyer chaque jour le corps entier au savon et à l'eau tiède.

Je lui déclarai qu'avant de faire un traitement assez compliqué et peut être long, il était nécessaire de mettre la peau dans les conditions hygiéniques indispensables pour tout prurigineux et d'abord de cesser les savonnages. Je ne fis pas appliquer de pâte en raison de la sécheresse de la peau ; je prescrivis au contraire des applications quotidiennes d'axonge fraîche.

Huit jours après le malade n'avait plus de prurit, *la guérison s'est maintenue depuis lors.*

Je possède d'autres observations un peu moins nettes. Du reste on peut admettre que chez certains malades le savon amène un état pathologique de la peau, une dermatite artificielle chronique et il ne suffit pas toujours de le supprimer pour faire disparaître de suite le prurit cutané. Mais les faits que je possède me permettent de poser comme une règle générale la suppression du savon chez les prurigineux, sauf dans les cas où on recherche un effet thérapeutique déterminé; cette suppression est en particulier importante dans le prurit anal, peut-être dû souvent aux savonnages réitérés de la lésion.

Mais comment peut-on nettoyer la peau chez les prurigineux ? On se servira, sur le corps et la face, d'eau salée à 7 p. 1000. Pour nettoyer les mains, de vaseline, de pâtes d'amandes, de mie de pain. Les savons surgras permettent chez un certain nombre de malades de nettoyer la peau sans l'irriter.

Ceci nous amène à étudier une question des plus difficiles. Faut-il donner des bains aux prurigineux ? On peut établir quelques règles à ce sujet.

1° On ne donnera jamais à un prurigineux de bains irritants, tels que des bains alcalins ou sulfureux sans indication précise résultant de l'état de la peau.

Les bains d'amidon ou de son, mieux encore les bains de gélatine sont les mieux tolérés de tous.

2° On ne donnera jamais de bains aux prurigineux chez lesquels on peut soupçonner pour une raison ou une autre des complications eczématiques possibles.

3° On ne donnera jamais de bains à des prurigineux qui présentent des lésions infectieuses aiguës,

(1) Leredde. L'eczéma, maladie parasitaire. Paris, Masson, 1898.

Digitized by Google

secondaires de la peau (folliculites, impetigo). Si on a un avantage réel à les prescrire au point de vue du prurit, on recouvrira les lésions infectieuses de pâte de zinc avant le bain, pour éviter toute pénétration de l'eau.

En résumé, le bain n'est jamais indifférent chez les prurigineux; parfois nuisible, il peut être utile dans certains conditions, surtout si on y ajoute des substances qui gênent la pénétration profonde de l'eau dans la peau. Dans certains cas le bain sert d'excipient à des substances antiprurigineuses.

Les lotions sont un des moyens les plus fréquemment employés contre les prurits de tout ordre. Nous indiquerons plus loin les substances qu'on peut y ajouter; mais de suite nous devons insister sur le rôle que joue la température de l'eau. Il est de notion banale que l'eau chaude soulage, atténue le prurit; certains malades supportent des températures extrêmement élevées, que ne pourraient tolérer des sujets dont la peau est normale. Les lotions chaudes peuvent être répétées plusieurs fois par jour sans inconvénient. A la suite, il est prudent de poudrer largement la peau.

En ce qui concerne les agents contenus dans les lotions, je noterai ici que s'il s'agit d'anesthésiques émettant des vapeurs, la lotion est très utile dans des prurits étendus — s'il s'agit de réducteurs, au contraire, elle constitue un moyen assez souvent insuffisant dans ses effets — et souvent il vaudra mieux employer des badigeonnages alcooliques qui permettent de répartir une couche égale et légère de l'agent à la surface du tégument qu'une solution aqueuse qui ne mouille pas la peau d'une manière régulière.

Enfin l'eau est encore utile sous forme de douches tièdes (Brocq, Jacquet). Les douches doivent être données au moyen d'une pomme d'arrosoir, à la température de 38° environ ; l'eau sortant du mélangeur à cette température arrive sur la peau à une température plus basse de deux à trois degrés. La durée, de 2 à 3 minutes lors des premières séances, est portée graduellement à 4, 5, 6 minutes. Il est souvent utile de donner deux douches par jour, l'une le matin, l'autre le soir.

Ces douches qui projettent sur la peau, sans la moindre percussion, un mélange de vapeur d'eau à basse température et de pluie très fine, constituent un moyen de sédation remarquable et dont l'usage est loin d'être assez répandu.

Après la douche, la peau doit être séchée doucement, sans frotter, puis poudrée pour achever la dessiccation.

(*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Le « signe de la nuque » dans la chloroformisation

Par M. Raymond Bonneau, *interne des Hôpitaux*

Le malade demande au chloroforme l'abolition de la perception douloureuse, le chirurgien lui demande l'abolition de la contractilité musculaire volontaire ou réflexe. Aussi le rôle de chloroformisateur consiste-t-il à obtenir ce double résultat. Sous l'action du narcotique, la perception douloureuse disparaît souvent la première, alors que la contractilité musculaire persiste encore. A l'appui de cette manière de voir, je puis rapporter deux faits qui ont trait : le premier, à un Belge alcoolique chloroformé pour amputation de cuisse et qui chantait la « Brabançonne » tandis que le couteau entaillait les chairs; le second, à une jeune femme qui, sous chloroforme, contractait ses muscles masticateurs, tandis que le dentiste procédait à l'extraction de plusieurs racines, et qui, une fois réveillée, m'a affirmé avoir eu parfaitement conscience des temps divers de l'opération et n'en avoir pas éprouvé la moindre douleur. Mais comme nous sommes incapables de reconnaître si une contraction musculaire s'accompagne ou non d'une perception douloureuse, et que d'autre part toute contraction musculaire peut être une gêne et même un obstacle pour l'opérateur, il faut que le chloroformisateur amène le patient à résolution et le maintienne dans cette résolution pendant toute la durée de l'acte opératoire.

Ce but étant atteint, il faut veiller à ce qu'il ne soit pas dépassé; la narcose ne doit pas être poussée jusqu'à l'apparition des signes de la *période dangereuse*. Si l'on va trop loin : la respiration devient superficielle, ralentie et muette, le doigt qui est glissé sous la compresse pour protéger le visage n'éprouve plus la faible sensation de fraîcheur que procure l'évaporation intermittente du chloroforme par l'air expiré, l'oreille appliquée presque au contact de la bouche et du nez du patient entend à peine un léger bruissement, l'œil voit les côtes à peu près immobiles et l'abdomen faiblement soulevé; le sang qui coule de la plaie est noir, mal oxygéné. Soulevons la compresse qui cache le visage : le teint est bleuâtre et les lèvres violettes; le réflexe cornéen-palpébral a disparu; quant à la pupille, elle s'est rétrécie progressivement jusqu'à devenir punctiforme; que l'asphyxie augmente elle va brusquement se dilater à l'extrême.

L'apparition d'un seul des symptômes de la période dangereuse avertit qu'on a été trop loin et impose de donner un peu d'air. Dans un chloroforme régulier aucun d'eux ne doit théoriquement se présenter.

Digitized by Google

En somme, nous voilà entre deux écueils : l'insuffisance et l'excès ; comment se tenir dans l'*état intermédiaire?* Une sage pratique consiste à donner le chloroforme par *petites doses souvent renouvelées et à intervalles réguliers*. De cette façon, une fois la période d'excitation disparue, le malade est maintenu pour ainsi dire au même point jusqu'à la fin de la narcose. Remarquons que les vapeurs chloroformiques avant d'être absorbées produisent toujours une excitation plus ou moins forte sur les muqueuses respiratoires ; aussi le chloroforme est-il donné par à coups. Voici ce qui va se passer : immédiatement avant le renouvellement de la compresse le patient ayant à respirer plus d'air que de chloroforme se dirige vers le réveil ; à ce moment, brusquement, on lui fait respirer des vapeurs pures dégagées en grande abondance : ces vapeurs provoquent une excitation manifeste qui se traduit par des phénomènes réflexes ; les mouvements respiratoires se précipitent et l'anesthésique est absorbé en si grande quantité que d'un extrême on passe à l'autre, et qu'après avoir été en deçà de la période intermédiaire on l'a maintenant dépassée de beaucoup. C'est pour obtenir les petites doses souvent renouvelées et à intervalles réguliers qu'on a imaginé ces appareils consistant essentiellement en un entonnoir laissant tomber le chloroforme goutte à goutte, à la fréquence voulue, sur un linge tendu au devant des voies respiratoires ; ces masques à chloroforme, compliqués, encombrants et tenant mal sur la figure qu'ils cachent en grande partie sont à rejeter de la pratique, mais leur principe est excellent.

Une seconde pratique consiste à s'assurer qu'on persiste dans l'état intermédiaire, en observant un signe que j'appellerai « signe de la nuque » et qui repose sur la constatation de l'état des muscles de la nuque au cours de la chloroformisation. Les muscles de la nuque et du cou, comme du reste tous les autres muscles, sont susceptibles de présenter les états suivants : contracture, contraction, tonicité, flaccidité. La contracture durable se produit au début de la chloroformisation, pendant la période d'excitation ; la contraction passagère se produit comme mouvement réflexe dont le point de départ est l'acte opératoire ou simplement les préliminaires de l'acte ; la tonicité est l'état normal du muscle en résolution ; poussée à l'extrême, la tonicité aboutirait à la flaccidité. Entre la tonicité et la flaccidité il n'y a qu'une différence de degré. La contracture oppose un obstacle durable aux mouvements provoqués de la tête qui reste soit dans l'absolue rectitude, soit dans une déviation d'un côté ou de l'autre ; la contraction passagère modifie souvent l'attitude donnée à la tête et la main du chloroformisateur qui veut lutter contre elle ne reste qu'au bout de quelques instants maîtresse de la mouvoir dans tous les sens ; la tonicité se traduit par la possibilité pour le chloroformisateur de faire remuer la tête du patient dans toutes les directions, non sans percevoir néanmoins une sorte de résistance élastique uniforme ; enfin quand le muscle est à l'état de flaccidité, cette légère résistance a elle-même disparu et la tête du chloroformé est une chose mobile en tous sens que le chloroformisateur fait roter à volonté d'une seule main. Il est bon de s'en tenir toujours à l'état de tonicité, d'être à cheval entre l'état de contraction passagère et l'état d'absolue flaccidité. La recherche du « signe de la nuque » a pour elle la *facilité*. Habituellement le chloroformisateur est assis à l'extrémité céphalique du patient ; sa main gauche empoigne la moitié gauche de la face, de telle façon que les derniers doigts soulèvent l'angle de la mâchoire, que l'index et le pouce mis à côté de la bouche et du nez portent la compresse chloroformique et la maintiennent distante des lèvres et des narines, tout en étant prêts à percevoir le léger refroidissement rythmique dû au courant de l'air expiré ; sa main droite verse le chloroforme, retourne la compresse et entre temps contribue à soulever l'angle de la mâchoire. Rien n'est donc plus facile que d'imprimer à la tête placée entre les deux mains quelques lents mouvements de latéralité qui provoquent la torsion et l'allongement des muscles de la nuque et des stermo cleido-mastoïdiens. Cette simple manœuvre ne nécessite aucun changement de place des mains, se fait sans bruit, n'éveille en aucune façon l'attention du chirurgien et n'empêche nullement le chloroformisateur de se renseigner simultanément sur la respiration, la cornée, le visage et la pupille.

Ce procédé est donc facile à exécuter, mais quelle en est la valeur? D'après Simonin, cité par Soulier, au cours de la chloroformisation les masseters sont les derniers muscles à se relâcher. Il nous a paru d'autre part que les muscles de la nuque se relâchaient constamment après les muscles des membres. Nous ne connaissons pas l'interprétation physiologique de ce phénomène, mais il y a là un fait qui peut être comparé à ce qui se passe dans le tétanos médical où l'on voit successivement la contracture prendre les muscles masticateurs, puis les muscles de la nuque, enfin les muscles du tronc et des membres. Inversement ici la contracture abandonne successivement les membres, le tronc, la nuque et la mâchoire. Quand au cours de l'opération se produit une violente excitation, capable de provoquer par réflexe la contraction des muscles de la région (par exemple : section du sciatique dans l'amputation de cuisse, d'où contracture réflexe des muscles de la cuisse), on peut noter la coexistence de la raideur de la nuque. En somme, le chloroformisateur qui aura

Digitized by Google

donné le narcotique de façon à obtenir la tonicité parfaite des muscles de la nuque sera assuré d'avoir atteint le double but dont nous parlions plus haut : l'abolition de la douleur pour le malade et l'abolition de la contraction musculaire pour le chirurgien. Si l'acte opératoire est riche en temps excitateurs de réflexes (par exemple : section de la peau, suture de la peau, tiraillements ou section des nerfs, malaxation de certains viscères comme l'estomac), la petite dose de chloroforme fréquemment renouvelée et à intervalles réguliers sera insuffisante pour empêcher la raideur passagère de la nuque de réapparaître et il faudra pousser un peu plus loin la narcose. Si au contraire l'acte opératoire même prolongé est très peu éveilleur de réflexes (opérations sur l'utérus, par exemple), la tête restera mobile et la narcose devra être poursuivie avec modération. De cette façon *le chloroforme sera proportionné à l'opération* et l'on n'aura utilisé que la quantité strictement nécessaire pour rester dans l'état intermédiaire entre l'insuffisance et l'excès, plus rapproché de l'insuffisance que de l'excès.

PHARMACOLOGIE

Les préparations de valériane

Il y a fort longtemps que les propriétés thérapeutiques de la valériane sont connues. Mérat et De Lens, dans leur dictionnaire de matière médicale, disent de cette plante qu'elle est une des plus puissantes de la médecine. « Il en est peu, ajoutent-ils, parmi nos indigènes qui l'égalent en propriétés. Les Grecs en prescrivaient une espèce qui croissait chez eux et qui paraît être analogue en propriétés à la nôtre... C'est principalement sur le système nerveux que la valériane semble agir de préférence, ce que l'on reconnaît aux vertiges, aux étourdissements, aux spasmes, etc., qu'elle provoque. »

Si l'on connaît depuis longtemps les propriétés de la valériane, on a méconnu jusqu'à une époque assez récente le principe auquel elles étaient dues.

On trouve dans cette drogue une résine, de l'acide valérianique, acide isovalérique des chimistes ou mieux méthylbutanoïque et 1 0/0 environ d'une huile essentielle qui est constituée elle-même par un terpine, le valérène, un bornéol, l'α bornéol gauche, et aussi par les éthers formique, acétique, butyrique, et valérianique de cet alcool.

La valériane, dit Hérail dans son traité de matière médicale, agit par son essence, l'acide valérianique étant sans effet. Il s'ensuit que la forme médicamenteuse sous laquelle on administrera la valériane devra en conserver, le plus possible, l'huile essentielle. Les préparations de valériane les plus usitées répondent-elles à cette condition ?

On administre la valériane sous forme de poudre, de tisane, d'extrait, de teinture, de sirop.

La poudre, comme toutes les poudres végétales, est difficile à administrer à dose élevée, à faible dose son action est insuffisante.

La tisane se fait par infusion ; sa préparation n'entraîne aucune perte d'huile essentielle, mais l'épuisement de la drogue ne peut être que fort incomplet.

L'extrait, étant un médicament préparé par évaporation, ne peut contenir qu'une partie de l'essence, néanmoins lorsqu'il est évaporé à basse température il représente encore une préparation assez active.

La teinture alcoolique, si elle contient tous les principes actifs, a le tort d'être constituée par de l'alcool et par suite difficile à administrer à tous les malades.

Il reste le sirop. Voyons comment il se prépare.

A l'ancienne formule du codex de 1866 qui faisait un sirop avec l'infusion de valériane, le codex de 1884 a substitué la préparation suivante. On prend :

Extrait de valériane.....	40	grammes
Eau distillée de valériane...	1000	—
Sucre blanc.....	1000	—

On dissout l'extrait dans l'eau distillée, on filtre et on fait avec le sucre un sirop par simple solution, en vase clos au bain-marie.

L'eau distillée de valériane que nous n'avons point encore mentionnée est obtenue par distillation à feu nu de 1 kilo de racine sèche de valériane et eau, q. s. pour obtenir quatre litres de produit. Cette préparation ne peut évidemment contenir que les principes volatils, c'est-à-dire la partie active de la drogue. Le sirop sera donc la préparation de choix, il contient la totalité des principes présents dans la valériane, l'huile essentielle par l'eau distillée, la résine et les autres principes constituants par l'extrait. Hâtons-nous d'ajouter que le sirop de valériane est rarement prescrit.

Il n'en est pas de même d'une préparation qui n'est pas inscrite au codex et dont nous n'avons point encore parlé : celle qu'on désigne généralement sous le nom de valérianate d'ammoniaque liquide. Elle représente une solution d'extrait de valériane et de valérianate d'ammoniaque. Or, il est établi que l'acide valérianique est inerte, les valérianates ne doivent leur action qu'à leur base, ammoniaque, zinc, quinine, etc.

Le valérianate d'ammoniaque liquide ne doit son action qu'à l'extrait de valériane qu'il contient : nous avons déjà vu que l'extrait de valériane ne représente qu'une partie de l'huile essentielle de la

Digitized by Google

valériane ; le sirop de valériane est donc une meilleure préparation bien qu'il soit moins fréquemment prescrit. Trop souvent on va chercher bien loin des médicaments qui ne valent pas ceux qu'on a sous la main. — E. A.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Cochin. — M. le Dr Fernand Widal

Arthropathie tabétique de la hanche

Les articulations le plus fréquemment atteintes d'arthropathie tabétique sont le genou, la hanche, l'épaule ; viennent après le pied, le coude, les articulations tibio-tarsiennes, les articulations des doigts. Quand cette arthropathie est unique et siège à la hanche, le diagnostic en peut être fort difficile. Un malade du service de M. Widal avait été tout d'abord considéré par un médecin comme étant porteur d'un sarcome. La confusion était en effet fort possible. Il s'agissait d'un homme âgé de 52 ans, très amaigri, qui était entré à l'hôpital pour une gêne dans la marche. Le membre inférieur droit était très faible. A l'examen, on constatait une forte tuméfaction de la partie supérieure de la cuisse ; une saillie dure, profonde, étendue, faisant corps avec l'os, était perçue au niveau de l'articulation. L'idée d'une tumeur osseuse entrait tout de suite dans l'esprit ; l'affaissement de l'état général cadrait assez bien avec le diagnostic.

En cherchant toutefois, voici d'autres signes qui se présentent. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière, tout en continuant de réagir à l'accommodation et à la convergence (signe d'Argyll-Robertson) ; les réflexes rotuliens sont abolis ; en outre le malade souffre depuis un assez long temps de crises gastriques violentes et une incontinence légère d'urine est survenue il y a quelques jours ; tous ces symptômes annoncent un tabes. Bien qu'il n'existe pas de troubles d'incoordination motrice, le diagnostic s'impose. Le cyto-diagnostic, est venu démontrer d'ailleurs que le liquide céphalo-rachidien contenait de nombreux lymphocytes comme le fait s'observe dans le tabes. Il est donc naturel de rattacher l'empâtement de la hanche que présente cet homme à une arthropathie tabétique à type hypertrophique — avec formation de bourrelets osseux. Admettre un sarcome qui compliquerait le tabes, c'est sans raison vouloir compliquer un tableau morbide. D'abord le sarcome primitif de la hanche est exceptionnel, et ensuite l'amaigrissement de cet homme est suffisamment expliqué par ses crises gastriques. Celles-ci peuvent se présenter sous les manifestations les plus diverses : tantôt ce sont des douleurs comme dans le cas présent, ces douleurs étant accompagnées, mais non toujours, d'hyperchlorhydrie ; tantôt ce sont des vomissements, voire des hématémèses. Sous l'effet des douleurs, les malades se laissent abattre et tombent dans une prostration complète ; à les voir ainsi affaissés, les médecins portaient jadis les diagnostics les plus divers. C'était ainsi qu'un malade de Charcot avait été tour à tour traité pour le choléra, la fièvre intermittente, une goutte remontée.

Pour en revenir à l'arthropathie, celle-ci est, comme dans le cas présent, un symptôme de la période préataxique ; mais ce qu'il y a de curieux c'est la fixation du mal à la hanche. Toutes les autres jointures sont indemnes. D'autre part cette localisation unique de l'arthropathie ne se manifeste pas par les signes familiers aux autres articulations. Il n'existe pas de dislocation de la jointure, comme il arrive pour les autres jointures, les genoux, par exemple. L'articulation de la hanche solidement fixée par des muscles et des ligaments a conservé sa place normale. Elle s'est laissé déformer et grossir, non disloquer.

Le traitement consistera surtout à calmer les crises gastriques. Un médicament qui rend des services en pareil cas est l'exalgine : on en ordonne de 0.25 à 0.50 au milieu des repas.

Exostose claviculaire d'origine obscure. — Une autre malade du service de M. Widal est un de ces types à diagnostic délicat où il est fort difficile d'émettre une opinion ferme. C'est une femme de 54 ans, sans antécédents d'éthylisme et qui n'ayant pas eu la syphilis, entre à l'hôpital pour une hydarthrose du genou droit ; le genou est douloureux, fluctuant, le choc rotulien aisément perçu. Jusque-là rien que de très ordinaire, bien que les difficultés commencent quand on cherche les causes réelles de cette hydarthrose. Il ne s'agit ni d'une lésion tuberculeuse — l'état général de la malade très satisfaisant dément cette hypothèse — ni d'une lésion blennorrhagique dont il n'existe pas de foyer générateur ni d'écoulement qui ait pu lui donner naissance. La malade, marchande de légumes, est debout tout le jour ; elle se fatigue beaucoup ; d'autre part elle a eu une fièvre typhoïde il y a un an et des douleurs y ont fait suite. Ces douleurs siégeaient à l'épaule droite, aux doigts, aux pieds ; les ongles mêmes étaient douloureux. Aujourd'hui c'est le genou. S'agit-il d'une arthropathie d'origine typhoïdique ? C'est possible. M. Widal a observé un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a souffert d'arthropathies multiples, qui ne pouvaient être mises qu'au compte de cette dothiénentérie.

Un autre signe du reste vient, chez la malade actuelle, corroborer cette opinion. A la partie externe de la clavicule droite, on perçoit une forte tuméfaction osseuse, comme un manchon d'exostose qui ferait le tour de l'os et cela ressemble assez au col d'une fracture. La femme n'étant tombée à aucun

Digitized by Google

moment, la clavicule ne s'est pas cassée : c'est la fièvre typhoïde qui a donné sa signature ici, c'est elle qui, s'attaquant d'ordinaire au tibia et au fémur, a choisi la clavicule et a provoqué, en même temps que les douleurs accusées par la malade, cette ostéomyélite à bacilles d'Eberth. Ajoutons toutefois que d'autres os que la clavicule avaient été touchés préalablement; cette femme parle de deux grosseurs qu'elle aurait présentées à l'avant-bras gauche et qui étant du volume d'une noix, ont fondu peu à peu. En palpant avec soin la région qu'elle accuse, on trouve encore des vestiges de l'inflammation ancienne. Le cubitus droit est hypertrophié très nettement à sa partie moyenne.

Tous ces accidents, imputables sans doute à la fièvre typhoïde ont trouvé chez cette malade un terrain favorable. Si elle a beaucoup souffert en suite de sa fièvre typhoïde, c'est que c'était une prédisposée. De tout temps elle avait ressenti des douleurs vagues dans les reins ; il y a 20 ans, elle avait été alitée pour une sciatique longue et rebelle.

Douleurs par ostéite ou ostéo-arthrites chez une femme prédisposée en convalescence de fièvre typhoïde, tel semble en effet le diagnostic le plus probable.

Formulaire du Praticien

La laryngite tuberculeuse

La laryngite tuberculeuse est une des maladies dont le traitement est le plus pénible. Les malades souffrent, s'impatientent. La plupart des médications ne leur assurent qu'une amélioration précaire. Outre la médication tonique applicable à la tuberculose pulmonaire, la laryngite tuberculeuse se réclamera d'un certain nombre de pratiques spécialement dirigées contre elle.

Deux symptômes tourmenteront surtout les malades: l'enrouement, la dysphagie. Contre l'enrouement réussiront bien les applications chaudes sur le devant du cou : compresses de tilleul très chaudes, recouvrir de coton et de taffetas gommé. Changer toutes les demi-heures, si possible le jour ; la nuit, cravate ouatée. Le malade absorbera des boissons chaudes : décoctions de guimauve, infusions d'eucalyptus, matin et soir, avec une cuillerée du sirop suivant (si la toux est forte) :

Dionine	0 gr. 20
Alcoolat. de racine d'aconit.	2 grammes
Eau de laurier-cerise	30 —
Sirop de baume du Canada.	270 —

Si la toux n'est pas forte, on peut supprimer la dionine de la potion. L'air de la chambre sera toujours maintenu humide par des vaporisations d'eau, laquelle on pourra aromatiser avec une cuillerée à soupe de teinture de benjoin.

Des pulvérisations agiront à la fois sur l'enrouement et la dysphagie: 2 à 3 pulvérisations, de 5 minutes chacune, le malade ayant la bouche ouverte et la langue hors de la bouche devant le pulvérisateur :

Menthol	5 grammes
Alcool à 90°	120 —
Eau distillée	180 —

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau.

Ou bien :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme
Acide phénique	3 —
Eau de laurier-cerise } Glycérine }	aa 50 —
Eau distillée	200 —

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau.

Qu bien plus simplement de l'eau gomenolée à 2,50/1.000.

Contre la dysphagie elle-même, pourront être employées les applications avec le collutoire suivant. faites peu de temps avant le repas :

Acide phénique	5 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	10 —
Glycérine	60 —
Eau de laurier-cerise	40 —

Usage externe.

L'aspiration de poudres médicamenteuses pourra être également recommandée. M. Leduc (de Nantes) se sert à cet effet d'un tube en verre de 6 millim. environ de diamètre intérieur, de 20 à 25 centim. de longueur, ayant à l'une de ses extrémités une crosse de 1 centim. de longueur et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube. A 4 centim. de l'autre extrémité, s'infléchit une courbure d'environ 145°. Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer ; le malade s'introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas. Il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire. Entraînée par le courant d'air, la poudre pénètre profondément dans les voies respiratoires. Les poudres suivantes sont utilisées :

Diiodoforme	8 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 08

Ou bien :

Diiodoforme	8 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 08
— — morphine.	0 — 04

Nous avons employé ce procédé. Les malades réussissent parfois malaisément à faire l'aspiration d'une manière convenable.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

PSYCHIATRIE

Les symptômes physiques de la démence précoce. — Le diagnostic de la paralysie générale est posé avec certitude : des signes physiques décèlent le mal, et le mettent hors de doute. En est-il de même de la démence précoce ? On sait que la démence précoce est connue depuis longtemps. En 1838, Esquirol, dans son article sur l'idiotie, l'appelait une idiotie acquise par opposition à l'idiotie congénitale. Bien plus tard, Sérieux, l'an dernier (*Gaz. hebdom.*, mars 1901), donnait de la maladie la définition suivante : « La démence précoce est une psychose caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence, et se terminant le plus souvent par la démence. » Les causes morales jouent un rôle, les causes physiques aussi. Mairet incrimine l'établissement de la puberté (*Leçons cliniques,* 1888-1889) ; les femmes surtout paient un lourd tribut au mal.

On sait peu de chose sur l'anatomie pathologique : au début, stase dans les vaisseaux cérébraux, exsudation sur les méninges, particulièrement l'arachnoïde de la base, prolongation de l'exsudat jusqu'à la fosse sylvienne et vers les deuxième et troisième circonvolutions frontales. Sérieux en distingue quatre formes : 1° *la forme apathique,* avec diminution progressive des facultés psychiques et en particulier de l'attention ; 2° *la forme délirante,* avec polymorphisme des troubles psychiques, incohérences, rires non motivés, impulsions subites, fugues, tendance à la catalepsie, etc. Certains troubles somatiques : exagération des réflexes, troubles pupillaires (mydriase), troubles sécrétoires, vaso-moteurs, attaques convulsives, accompagnent la forme délirante ; 3° *la forme catotonique,* avec états particuliers de stupeur et d'excitation. Cet état se caractérise par une grande suggestibilité dans les mouvements d'expression et les actes ; la fréquence de la catalepsie, de l'écholalie, etc ; 4° *la démence paranoïde* où l'affaiblissement intellectuel est rapide, la lucidité conservée, mais accompagnée de conceptions délirantes et de troubles sensoriels.

On distingue la maladie de l'idiotie et de l'imbécilité (absence dans la démence précoce de congénitalité, persistance d'un certain passé intellectuel, établissement progressif et lent de la stupeur ne relevant, ni de l'épilepsie, ni de l'alcoolisme, ou de la mélancolie). On écartera aussi l'incohérence des maniaques, des épileptiques, des hystériques (dans la conversation, mots insolites, prétentieux, néologismes, dans les manifestations motrices, contractures permanentes, etc.)

Le pronostic est grave et le traitement nul. Il n'est donc pas indifférent pour le praticien de poser dès le début le diagnostic d'une maladie aussi sérieuse.

Il trouvera à l'origine, et comme troubles psychiques, des fatigues rapides de l'attention, l'impossibilité de réfléchir, d'associer les idées. La mémoire des faits récents s'obcurcit ; l'indifférence émotionnelle est complète : pas de désirs, pas de volonté, pas de curiosité (Masselon, *Th. Paris*, 1902).

Les symptômes physiques au contraire manquent de netteté, et ce sont eux que M. Louis Chenais a étudiés avec soin dans un travail fait au laboratoire de l'asile d'aliénés de Rennes, sous la direction du Dr Maurice Dide (Paris, J. Rousset, 1902). C'est surtout la démence à forme catatonique qui a attiré son attention.

En pareil cas les attitudes catatoniques présentent le caractère d'être provoquées et gardées par le malade pendant plus de 20 secondes. Par moments, surviennent des crises d'immobilité durant plusieurs heures, des malades se fixent dans des positions bizarres, sont affligés de tics, refusent de manger, de parler, d'exécuter un mouvement qui leur est commandé (négativisme). L'écholalie est un phénomène peu répandu.

La sensibilité est profondément atteinte. Sur 15 déments précoces observés avec M. Dide, M. Chenais a noté 12 fois, soit de l'analgésie, soit des altérations de la sensibilité au tact et à la chaleur. Seuls, trois malades dans le nombre avaient conservé leur sensibilité normale. Les troubles du sens génital sont très fréquents (exhibitionnisme, perversion, masturbation).

Les réflexes tendineux présentent une exagération fréquente (réflexes du tendon d'Achille, parfois trépidation épileptoïde); au contraire les réflexes cutanés sont la plupart diminués ou abolis (réflexe plantaire). Le réflexe de Babinski est rarement normal des deux côtés; le plus souvent on note une flexion légère de quatre petits orteils, avec immobilité, ou rarement extension du gros. Les pupilles sont d'ordinaire égales, mais dans le tiers des cas elles se montrent irrégulières (forme d'ellipse). L'acuité visuelle ne semble pas avoir éprouvé de modifications. Par contre, on observe assez souvent le réflexe paradoxal à la lumière (réflexe de Piltz) ; la pupille se dilate lorsque les yeux ayant été fermés, on ouvre la paupière ; puis survient une contraction consécutive et le retour à la normale.

Notons en dernier lieu les troubles vaso-moteurs

Digitized by Google

(œdèmes souvent unilatéraux, fugaces, migrateurs, en dehors de toute lésion du cœur ou du rein, cyanose, dermographisme).

L'état de santé des déments précoces n'offre rien de spécial. Ils présentent parfois des vices de nutrition, des alternatives d'embonpoint et d'amaigrissement, ces dernières quand ils sont excités. Le sommeil est interrompu à des degrés variables. Les urines montrent une augmentation de la densité, une diminution de l'urée, une augmentation des chlorures, un chiffre variable de phosphates. La diminution de l'urée semble parfois pouvoir être mise sur le compte de l'alimentation; les modifications en plus (densité, chlorures), paraissent avoir une valeur sémiologique plus considérable.

L'existence de la démence précoce soulève un certain nombre de difficultés médico-légales. MM. Deny et Roy s'en occupent dans le petit livre qu'ils viennent de consacrer à ce sujet (Paris, J.-B. Ballière, 1903. *La démence précoce*). Un sujet, sans manifester un délire actif, sans présenter de désorientation, ni de confusion mentale, garde indéfiniment une attitude absurde ou bien répète d'une manière monotone un geste incohérent, toujours identique. On peut songer à la simulation, surtout lorsque le sujet est soldat. Mais il peut aussi s'agir d'un début de démence précoce, qui parfois détermine des fugues chez celui qui en est atteint et le fait passer en conseil de guerre pour désertion. Ce n'est pas seulement chez les soldats que la démence précoce posera la question de responsabilité : tous les actes délictueux, comme à l'époque de la puberté, soulèveront des problèmes analogues.

Le traitement ne fournit auçun résultat favorable. On a essayé sans succès l'organothérapie (corps thyroïde, ovarine) : d'autres ont eu recours aux lavages systématiques de l'estomac, aux injections de sérum artificiel. Tout cela n'a rien donné. Il faut se borner au traitement symptomatique. Les phases d'excitation seront combattues par le repos au lit, l'administration des bains tièdes prolongés, les enveloppements humides. Les moyens de contention ne font que surexciter les malades : on n'en usera pas. Les médicaments hypnotiques ou sédatifs (chloral, bromure de potassium, etc.), ne seront employés qu'avec modération. Des mouvements de gymnastique passive (mouvements de flexion, d'extension, etc.), tout en assouplissant les muscles, activeront l'activité des centres psycho-moteurs. Le traitement moral (repos intellectuel, changement de milieu), prourra rendre des services.

Quant au traitement prophylatique, il consistera avant tout à éviter les causes de surmenage et les effets néfastes d'une mauvaise alimentation, de l'alcoolisme, du tabac, etc.

CLINIQUE MÉDICALE

Hyperglobulie des altitudes. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les altitudes est une pratique déjà fort ancienne. Tschudi rapporte qu'il florissait dans les Ardes lors de la conquête de l'Amérique du Sud par les Espagnols. Ce n'est cependant que depuis fort peu qu'il est appliqué en Europe, témoin cette phrase de P. Bert (pression barométrique 1878). « L'usage de traiter les tuberculeux par les stations d'altitude est fort récent ; mais il s'est déjà si fort mis à la mode qu'il faut bien croire qu'il est utile à beaucoup de monde et même aux malades. »

P. Bert, on le voit, restait sceptique sur les cures d'altitude. Les médecins d'aujourd'hui le sont moins; leur crédulité plus grande mérite qu'on en discute les motifs. Un travail intéressant sur ce sujet (J. Bérigaud, *Th. Paris*, 1902) rapporte tous les avantages qu'on peut tirer d'un séjour dans une station d'altitude. Il insiste sur l'action bienfaisante d'une atmosphère pure, fraîche et tonifiante avec repos pour le corps et l'esprit ; il relate les idées ayant cours sur l'effet que les stations d'altitude exerceraient sur la richesse des globules sanguins. Or ici l'unanimité des auteurs n'est pas complète. Les altitudes, dit-on, enrichissent le sang en éléments figurés. On peut se demander si cette hypothèse est légitime.

Il y a longtemps que Viault et Jolliet, et Paul Bert et bien d'autres avaient montré qu'à de grandes hauteurs les hommes comme les animaux présentent un « sang plus riche en globules rouges et capable « d'absorber plus d'oxygène que lorsqu'ils sé- « journent dans les plaines ». Mieux encore, Miescher, Mercier, etc... confirmaient plus tard ces travaux et indiquaient que l'hyperglobulie n'exigeait pas plus de deux à quatre jours pour se montrer dans toute sa plénitude. Enfin tout dernièrement à la Société de Biologie, en novembre 1901, d'éminents expérimentateurs ajoutaient que des hyperglobulies de 15 à 20 pour cent peuvent se produire en deux ou trois heures, au cours d'une ascension en ballon, par exemple.

Tous ces faits produits en faveur de l'hyperglobulie ne sont point pourtant à notre avis de nature à entraîner la conviction. Et voici pourquoi. Quand on parle d'hyperglobulie, il faut préciser trois points capitaux : teneur en globules du sang périphérique, teneur en globules du sang central et quantité totale de l'hémoglobine contenue dans l'organisme tout entier ; faute de ces trois données l'expérience perd toute valeur.

Le sang périphérique peut en effet varier en valeur globulaire sans que cette variation se répercute sur le sang central. Tandis que tous les aéronautes

Digitized by Google

qui ont pris du sang par piqûre à la peau, ont noté des hyperglobulies constantes, les aéronautes qui ont pris du sang central n'ont remarqué aucune variation analogue. Nous-même, après avoir soumis durant plus d'une heure des chiens à une dépression de 45 cent. de mercure, nous n'avons jamais observé la moindre hyperglobulie (1). Récemment enfin, M. Mayer et Armand Delille (2) ont trouvé que même au bout de trois ou quatre jours d'un séjour à 2,000 mètres, le sang prélevé par ponction directe du cœur ne témoignait d'aucune hyperglobulie.

Ce premier point est donc nettement élucidé. On ne peut pas faire fond de l'état du sang des capillaires périphériques pour décider qu'il y ait hyperglobulie.

D'autre part, il peut y avoir réellement hyperglobulie centrale sans que pour cela les globules se soient multipliés ou que l'hémoglobine totale de tout le corps ait augmenté. Il suffit, en effet, qu'une partie du sérum se soit résorbée d'une façon ou d'une autre. A priori rien ne permet de rejeter cette hypothèse, à posteriori elle semble très vraisemblable d'après les travaux d'Abderhalden qui, dans un travail considérable (*Archiv. für Biologie*, août 1902), montre qu'avec une hyperglobulie relative de 15 à 20 pour cent rencontrée chez la plupart de ses animaux, la quantité totale de l'hémoglobine n'a pourtant varié dans aucun cas.

Si nous passons maintenant à la critique des travaux faits sur l'hyperglobulie, nous voyons que la plupart des auteurs ont eu le tort de prendre du sang périphérique. C'est cette première erreur qui a fait croire aux hyperglobulies aiguës. L'hyperglobulie aiguë n'existe décidément pas.

Des auteurs infiniment plus rares, Viault, Paul Bert, etc., ont étudié le sang central. L'absence de l'évaluation du sang total les met dans l'impossibilité d'affirmer qu'il y ait eu hyperglobulie réelle et non hyperglobulie relative (par concentration du sang).

Enfin, le seul auteur qui, à notre connaissance, ait étudié le sang total de tout l'organisme (Abderhalden) n'a trouvé aucune augmentation de la masse totale de l'hémoglobine. On conçoit qu'un seul travail, quelle que soit la conscience de l'auteur, ne puisse résoudre un problème de pareille délicatesse. Nous conclurons donc en disant que nous ignorons à l'heure qu'il est, et s'il existe des hyperglobulies réelles et s'il existe des hyperglobulies relatives : c'est-à-dire que nous ne savons à peu près rien de certain sur « l'hyperglobulie » des altitudes. — AMBARD.

(1) Compte rendu de la Société de Biologie, avril 1902.
(2) — — — octobre 1902.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les injections endoveineuses d'oxygène chez l'homme (tuberculose). — Déjà G. Gærtner (1) avait injecté aux animaux de l'oxygène dans les veines. Les chiens se montraient capables d'en tolérer des quantités relativement grandes.

C'est l'application de cette méthode que M. le Pr F. Mariani a tentée chez l'homme (*Riforma medica*, n° 17, 19 juillet 1902, p. 194).

L'oxygène employé, absolument pur, est produit par l'électrolyse et purifié très exactement. Il est enfermé dans une éprouvette graduée fermée par un bouchon à deux trous. L'un des trous donne passage à un tube de verre qui relie l'éprouvette à un réservoir d'eau surélevé d'où l'on peut, par l'ouverture d'un robinet, faire écouler l'eau goutte à goutte dans l'éprouvette et ainsi chasser un volume égal de gaz qui trouve issue par le second trou traversé par un tube de verre. Ce second tube est relié à l'aiguille destinée à faire l'injection par un tuyau de caoutchouc avec interposition d'un flacon laveur cont enant de la solution de potasse à 5 0/0.

Avec ce dispositif quelques expériences répétées sur des chiens montrèrent la parfaite innocuité de la méthode. En l'espace de 2 heures, un chien put recevoir trois litres, un autre 1 litre et demi en une heure et demie.

Un malade, âgé de 23 ans, du service du Pr Maragliano, atteint de tuberculose à forme rapide et asphyxie menaçante, et chez lequel, saignée, ventouses sèches, inhalation d'oxygène, digitale, injections de caféine, d'huile camphrée, etc., avaient échoué, fut soumis à la méthode de l'injection endoveineuse d'oxygène.

L'injection fut pratiquée dans la veine dorsale du pied droit. En 45 minutes, à plusieurs reprises, il fut introduit 120 c. c. d'oxygène.

Le sujet, avant l'intervention, était en état de mort imminente, couvert de sueurs froides, cyanotique, orthopnéique, avec 54 respirations à la minute, pouls à 144, filiforme, intermittent. Après l'injection intraveineuse d'oxygène, il éprouve un grand soulagement, pouls à 134, respiration 46, passe une bonne nuit. Malheureusement, le lendemain, les phénomènes asphyxiques se reproduisent. On pense à refaire une seconde injection ; mais la veine pédieuse utilisée la veille n'est pas perméable. l'autre n'est pas visible ; on n'ose pas non plus, par suite de la trop grande proximité du cœur, s'adresser à la veine du bras.

Quoi qu'il en soit de cette tentative thérapeutique

(1) G. GÆRTNER. Uber intravenœse Sauerstoffusionen (*Wiener klinische Wochenschrift*, nos 21 et 27, 1902.

Digitized by Google

et toutes réserves étant faites sur les dangers possibles de son application (embolies gazeuses) il est curieux de la retenir.

De l'étude expérimentale qu'il a faite sur les animaux, confirmée par une application clinique, M. le Dr F. Mariani tire les conclusions suivantes :

1° L'oxygène injecté dans les veines est complètement absorbé par les globules rouges et ne détermine nullement d'embolie gazeuse.

2° L'injection doit se faire très lentement, de façon à n'injecter pas plus de 500 cent. cubes d'oxygène pur en une heure, pour donner ainsi le temps à l'oxygène d'être complètement absorbé.

3° En clinique l'emploi thérapeutique des injections endoveineuses d'oxygène trouve son indication rationnelle dans toutes les circonstances où l'hématose respiratoire est sérieusement compromise. Elles peuvent, comme dans le cas rapporté, être d'une grande utilité pour activer la production d'oxyhémoglobine.

Les auteurs ne disent pas s'ils ont employé l'oxygène en injections sous-cutanées. Les Italiens affectionnent les injections intra-veineuses. — H. G.

M. le Pr Mariani (*Congrès de méd. interne, Rome.* 31 octobre) a consacré un rapport très documenté sur ce sujet. Tour à tour il parle des injections intraveineuses de quinine, de citrate de fer ammoniacal, de liqueur de Fowler, de la teinture d'iode (1 cent. cube) en solution aqueuse à 1 0/0, du nitrate d'argent en solution aqueuse à 0,10 0/0 (3 cent. cubes), de l'alcool en solution à 20 0/0 (4 à 8 cent. cubes), de la gélatine à 2 0/0 (50 à 150 cent. cubes), de l'oxygène, etc. Cette méthode, quels que soient les résultats favorable qu'elle assure, ne comptera sans doute jamais que comme méthode d'exception en France où l'on préfère la voie buccale et la voie sous-cutanée, plus aisées, moins dangereuses et presque aussi efficaces.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Appareil de marche pour fractures de jambes. — Lorsque l'on traite une fracture de jambe, on s'imagine trop souvent qu'il n'y a qu'un procédé pour obtenir une bonne consolidation : c'est d'immobiliser la jambe dans un plâtre et le malade dans son lit. On sait bien qu'on va faire perdre de ce fait quarante jours d'activité au malade et qu'au sortir du plâtre la jambe sera raide. On s'y résigne : il y a cas de force majeure, et puis pour la raideur articulaire il y a le massage.

Que cette manière de faire soit la seule admissible quand il y a une fracture compliquée ou encore lorsque les fragments sont tellement mobiles qu'ils chevauchent à la moindre liberté qu'on leur permettrait dans l'appareil, cela est incontestable. Mais vouloir appliquer également ce traitement aux autres fractures qui sont, il faut bien le reconnaître, la majorité, cela constitue un véritable abus. Toutes les fois qu'il n'y a pas une difficulté tout à fait anormale à maintenir la coaptation des fragments, toutes les fois qu'il n'y a pas une plaie tégumentaire trop considérable, l'appareil de choix est l'appareil de marche, de Reclus et Cestan. Nous ne saurions donc souscrire à ces paroles de M. Hennecart (1) : « le traitement ambulatoire nécessite des appareils compliqués provoquant des douleurs. » L'appareil de marche est l'appareil de choix, car la consolidation y est aussi bonne qu'avec n'importe quel autre et il a sur les autres l'avantage de permettre la marche dès le cinquième jour et d'éviter la raideur articulaire au sortir de l'appareil.

Lorsqu'un malade vient de se casser la jambe, il se produit le plus souvent dans les premiers jours qui suivent un œdème assez considérable. Ce phénomène rend l'application immédiate de l'appareil impossible. Le premier et le second jours on se contentera de mettre le membre dans une gouttière ouatée. Ce ne sera que le troisième ou le quatrième jour que l'on appliquera convenablement l'appareil. Sa confection pour être parfaite exige absolument d'être faite en deux temps, à vingt-quatre heure d'intervalle.

Premier temps : Réduction des fragments et application de la gouttière plâtrée. — Nous n'insisterons pas ici sur le soin qu'on doit apporter à réduire aussi exactement que possible les fragments et la nécessité de recourir, s'il le faut, au chloroforme pour vaincre les contractures musculaires gênantes ; cette réduction n'a rien de spécial dans le cas présent. La pose de la gouttière mérite par contre une plus ample description. La gouttière ne doit recouvrir que les trois quarts de la jambe en laissant dégagée la partie antérieure de la jambe et tout le dos du pied. Son extrémité supérieure doit affleurer au niveau des plateaux tibiaux, son extrémité inférieure doit finir par une semelle qui soutiendra la voûte plantaire mais sans immobiliser l'articulation tibio-tarsiennne.

Pour réaliser cette gouttière il faut deux attelles de tarlatane, de six à huit doubles chacune. La première attelle convenablement enduite de bouillie plâtrée est appliquée sur les faces latérales de la jambe en passant sous le pied en manière d'étrier. La seconde attelle réunit les bords postérieurs de l'U formé par la première attelle et forme inférieurement la semelle sur laquelle repose le pied.

(1) *Journal des Praticiens*, n° 40, 1902.

Digitized by Google

La gouttière étant ainsi appliquée, le membre étant solidement maintenu en bonne position par deux aides, on applique sur le plâtre encore mou une bande de toile qu'on enroule en commençant par le pied pour remonter au genou. La compression doit être modérée. Le plâtre sèche ainsi en bonne position et l'œdème est notablement réduit par la compression de la bande.

Deuxième temps : Pose de l'étrier en fer. — Le lendemain on enlève la bande de toile, le plâtre est dur. Il s'agit maintenant d'appliquer sur le plâtre un étrier en fer sur lequel le malade va marcher. L'étrier à employer est formé par une tige de fer solide, mais légère, recourbée en U. Les extrémités supérieures des branches de cet U sont munies de lames en fer mince présentant des aspérités pour adhérer plus solidement sur le plâtre. Il faut appliquer l'étrier avec grand soin. La face plantaire du pied doit être à quinze centimètres de la partie de l'étrier qui touche le sol, et le plan de l'étrier doit couper le pied à l'union du tiers postérieur et de ses deux tiers antérieurs. Les plaques de fer qui surmontent les branches de l'étrier doivent se trouver à la partie moyenne de la jambe. Il faut enfin surtout veiller à ce que l'étrier ne comprime pas les malléoles comme cela arrive souvent avec de mauvais appareils trop étroits.

L'étrier est posé sur le plâtre dans la position voulue, il faut maintenant l'y fixer. Pour cela on mouille légèrement la gouttière, un peu de plâtre est coulé entre la gouttière et les lames de l'appareil en fer qui est enveloppé pour finir de bandelettes de tarlatane plâtrée depuis son extrémité supérieure jusqu'au dessus des malléoles. On serre passablement, car dans les jours qui vont suivre, la jambe se dégonfle toujours un peu.

Dès que l'appareil est sec, le malade peut marcher, et vaquer à ses occupations. La station sur le membre fracturé n'est pas douloureuse car le plâtre prend point d'appui surtout sur les plateaux tibiaux.

Le trente-cinquième ou le quarantième jour on retirera l'appareil plâtré de marche. Et à ce traitement le malade aura gagné d'avoir évité toute ankylose tibio-tarsienne et de n'avoir été invalidé que quatre ou cinq jours au maximum, au lieu de quarante jours et souvent plus. — A.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

L'emploi des rayons X en dermatologie. — Deux effets curatifs peuvent être demandés à l'emploi des rayons X en dermatologie. Le premier obtient la chute des cheveux transitoire ou déterminée d'un point du corps. Le second tend à modifier dans un sens favorable certains processus morbides de nature parasitaire, le lupus, les folliculites parasitaires, le favus et les teignes.

Pour M. le Pr Schiff (de Vienne), l'emploi des rayons X est le traitement de choix pour le favus, le sycosis et toutes les maladies inflammatoires ou parasitaires des régions poilues du corps. De même pour l'épilation ; seulement dans tous ces cas il convient d'être prudent; une exposition trop prolongée aux rayons X risquerait de provoquer une inflammation regrettable. Mieux vaut user de séances nombreuses, mais peu intensives, en employant (Schiff) un courant électrique allant de 2 ampères à 12 volts. L'ampoule radiogène doit être dure et maintenue à une distance de 15-20 centimètres de la région à traiter ; chaque séance ne doit pas dépasser 10 minutes. Les parties que l'on veut garantir de l'action des rayons seront protégées à l'aide de lames de plomb, ayant 1/2 millimètre d'épaisseur.

MM. Gastou, Viera et Nicolau reviennent dans deux mémoires successifs sur cette question (*Ann. Dermat. et Syphil.*, juillet 1902). Dans le sycosis les phénomènes d'inflammation aiguë cessent les premiers, la chute des cheveux se fait ensuite.

Pour le traitement de la teigne, on divise la tête du malade en 4 ou 5 régions et on les expose successivement à l'action des rayons dans la même journée ou dans des jours différents. Le traitement ne doit pas être considéré comme fini avant que toute la tête ne soit épilée entièrement. Au bout de 7 à 11 séances, les cheveux deviennent lâches et tombent spontanément ou après une légère traction exercée avec les doigts. La rougeur et tous les autres phénomènes qui accompagnent le favus disparaissent en 10 ou 12 jours. Kaposi ne croyait pas à une guérison complète possible ; d'après lui les gaines de la racine contenant les champignons resteraient dans la peau et favoriseraient la récidive. Schiff, au contraire, estime la guérison complète ; il l'assure du reste par l'emploi d'une pommade au goudron qu'il applique après l'épilation. MM. Gastou et Nicolau confirment les résultats obtenus par Schiff. Ceux-ci seraient dus dans les folliculites parasitaires, non seulement à l'action dépilante des rayons X, mais à une action nocive directe sur les parasites.

Comme le fait observer M. Brocq, il s'agirait de connaître d'une façon précise la technique qui permet d'obtenir à volonté l'épilation définitive ou transitoire, si l'on suspend l'application des rayons X après 6 à 7 séances, les papilles reprennent leur fonctionnement, les cheveux repoussent après un temps variable allant de deux semaines à plusieurs mois. Quand on doit maintenir l'alopécie, on empêche la repousse en faisant de temps à autre de nouvelles applications.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Richelot, dans un rapport sur le prix Amusat émet une réserve qui semble justifiée. Maintes fois des thèses soutenues à la Faculté sont présentées comme ouvrages de concours aux prix de l'Académie. L'Académie accueille tous les mémoires : elle ne peut néanmoins encourager la tactique des auteurs qui espèrent faire d'une pierre deux coups et avec la même œuvre prétendent à la fois à une récompense de la Faculté et de l'Académie.

L'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les réflexes tendineux dans les méningites cérébro-spinales. — M. Triboulet. Les réflexes tendineux dans les méningites spinales peuvent être abolis au début pour reparaître au bout d'un certain temps, soit spontanément, soit à la suite d'une ponction lombaire comme il est arrivé à l'auteur dans un cas récent. C'est sans doute la quantité d'exsudat rachidien qui explique cette particularité. A la longue, à l'inhibition initiale et transitoire peut succéder l'accoutumance ; de ce fait les réflexes reparaissent.

De l'influence de la ponction lombaire sur le vertige voltaïque et sur certains troubles auriculaires. — M. J. Babinski. Si la résistance au vertige voltaïque est augmentée dans les cas d'hypertension du liquide céphalo rachidien, elle est au contraire diminuée par la ponction rachidienne, même chez les sujets qui ne présentent pas d'hypertension du liquide céphalo rachidien. L'auteur cite deux exemples à l'appui.

Parésie brachiale persistante après une méningite pneumococcique guérie. — MM. Achard et H. Grenet. Observation de méningite cérébro-spinale d'origine pneumococcique, compliquée au dixième jour d'une hémiplégie gauche, mais laissant à sa suite une parésie légère persistante du membre supérieur.

Eosinophilie et parasitisme vermineux chez l'homme. — MM. Lannois et E. Weil. La plupart des helminthiases s'accompagnent de modifications sanguines et provoquent de l'eosinophilie. Les auteurs rapportent un cas de ladrerie où l'eosinophilie très accentuée disparut lors de la guérison des tumeurs ladriques.

Pneumococcie et infection ourlienne. Leurs rapports en clinique. — M. Simonin. L'infection ourlienne peut renforcer la virulence du pneumocoque ; sur 198 observations, l'auteur a relevé huit fois des complications de l'arbre respiratoire : laryngites, bronchites, pneumonies, pleurésies suppurées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'appendicite. — Toujours la même discussion. D'une part le camp des interventionnistes à chaud, de l'autre celui des interventionnistes à froid. De chaque côté on ressasse les mêmes plaidoyers et nul ne se rend aux arguments de l'adversaire. M. Routier vient nous dire qu'il faut opérer à chaud et nous étale des statistiques magnifiques.

M. Kirmisson proteste. Des faits précis et nombreux l'ont rangé parmi les partisans de la temporisation et de l'opération à froid. Sans doute, comme dans un exemple rapporté par M. Gérard Marchant au cours de la séance, des enfants atteints d'appendicite, après une période d'amélioration obtenue par le traitement médical, retombent et meurent. Un pareil fait ne doit pas influencer notre décision. Que de constatations contraires on pourrait lui opposer et où l'opération pratiquée d'emblée a été suivie de mort !

Conclusion : M. Kirmisson, chirurgien, affirme qu'il existe un traitement médical de l'appendicite et cette assertion ne manque pas de saveur. M. Dieulafoy, médecin, n'avait il pas déclaré que le traitement médical de l'appendicite n'existe pas ? Dans une même affection, un chirurgien optant pour le traitement médical et un médecin optant pour le traitement chirurgical, une telle préférence ne s'était pas encore vue. M. Kirmisson insiste sur la gravité excessive de l'appendicite chez les petits enfants et déplore l'administration fâcheuse des purgatifs que bien des médecins se croient encore tenus de prescrire.

M. Quenu essaie aussi le traitement médical : il n'intervient que si une prompte amélioration ne se produit pas. Une notion de symptomatologie ressort de sa communication. Quand la douleur est très diffuse, il faut, dit-il, songer à la possibilité de la gangrène de l'appendice.

Un fait récent, par lui observé, se signalait par cette particularité.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Inauguration du cours d'Histoire de la Médecine. — M. le Pr Déjerine a ouvert son cours mardi à 5 heures. Dans l'amphithéâtre comble se pressaient, unis dans un sentiment commun d'admiration et de sympathie, les élèves et amis du Maître. En sorte que lorsque le professeur, dans une vue d'ensemble exercée et rapide, a embrassé les diverses phases par où a passé l'histoire de notre art, périodes de tâtonnements, d'essais, de conjectures en tous sens, avant d'en venir aux âges d'observation rigoureuse et de précision, l'auditeur suivant le Maître dans ce large déroulement de nos connaissances, a tout de suite goûté la leçon et en a su rapporter l'enseignement à qui de droit. Si nous possédons sur la Neurologie des données lumineuses et définitives, c'est en grande partie à M. Déjerine que nous le devons. Il a rendu à la science un de ces services qui font époque. L'auditoire a tenu à montrer par ses applaudissements nourris qu'il savait reconnaître les vrais Maîtres, ceux dont le labeur persévérant, personnel

Digitized by Google

et toujours original, marque une place qui leur reste à jamais acquise.

Les cours de vacances. — Nous recevons de notre collaborateur et ami, M. Leredde, la lettre suivante :

« Mon cher Confrère,

« Je lis aujourd'hui seulement l'article que vous avez consacré, le 25 octobre, aux cours de vacances, que mon ami Marchais et moi-même avons organisés à l'Hôtel des Sociétés savantes. Rien ne pouvait m'être plus agréable que de voir un acte d'initiative libre apprécié comme il l'a été dans le journal dirigé par le Dr Huchard, qui est un esprit libre. Je tiens à le remercier et à vous remercier également.

« Nous avons fait une *expérience*. Sur la base que nous avons adoptée, nous voulons faire mieux dans l'avenir, en restant toujours fidèles au programme qui nous a valu le succès : enseigner les *éléments* de la profession médicale, du *métier médical*, qui sont indispensables au praticien.

« Nos élèves ont compris le but de notre enseignement et ont paru satisfaits de ce qu'ils ont appris en trois semaines de travail continu. Deux fois chaque année, à Pâques et aux grandes vacances nous ferons, dans le même local, des cours semblables.

« Si nous sommes utiles, nous réussirons ; sinon, nous échouerons et dans les deux cas ce sera juste.

« LEREDDE. »

Cours de dermatologie et syphiligraphie. — Mercredi matin, 12 courant, une affluence de voitures de maîtres stationnait devant l'hôpital Saint-Louis. Successeur de M. le Pr Fournier, M. Gaucher inaugurait son cours, et ses collègues avaient tenu, en assistant à la leçon d'ouverture, à témoigner au nouveau titulaire leurs sentiments d'estime et de sympathie. Le public était fort nombreux ; le Maître ayant traité de l'histoire de la syphiligraphie dans ce siècle, les assistants après avoir apprécié les finesses des allusions, le pittoresque des anecdotes qui émaillaient la leçon, ont souligné par des applaudissements chauds et répétés la péroraison où M. Gaucher se tournant vers les maîtres présents les a remerciés tour à tour de la bienveillance qu'ils lui avaient témoignée dans des termes empreints d'effusion et de gratitude émue. A son tour le *Journal des Praticiens* est heureux d'ajouter ses compliments sincères aux éloges qui ont accueilli la leçon inaugurale du nouveau professeur.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

L'exercice illégal de la Médecine légale par les magistrats.

Les magistrats sont des hommes à robe qui manquent de vertu logique. Ils condamnent les charlatans qui pratiquent l'exercice illégal de la médecine. Et la condamnation prononcée, ils se mettent incontinent à épouser les pratiques qu'ils réprimaient chez autrui. L'exercice illégal de la médecine n'est permis à personne. Pardon, il est permis chez eux. Qu'un confrère malmené par des clients grincheux soit traduit devant les tribunaux, qui est juge de la faute commise? Le magistrat. Il doit se prononcer sur des questions de médecine auxquelles il n'entend pas le premier mot. Que lui importe? Il statue sans hésiter et c'est son opinion personnelle qui tranchera le débat On objectera, il est vrai, qu'il se fait parfois assister par un expert. Soit! mais cet expert nommé par l'accusation, si impartial soit-il, subit toujours l'influence, inconsciente, j'y consens, des gens qui l'ont préposé à ses fonctions. Désigné par des accusateurs, sa pente naturelle le conduit à se transformer un peu en accusateur lui-même. En sorte qu'en dernier ressort, c'est toujours l'opinion du juge qui a tendance à prévaloir, c'est-à-dire, de l'homme parfaitement incompétent, mais à qui le prestige de sa robe confère de l'autorité.

Traduit devant la justice, un médecin n'est pas défendu. L'expert qui donne son avis est celui de l'accusation. Et l'expert de la défense, où est il? On n'y a pas songé. M. Mirveaux (*Poitou Médical*, 1er septembre) dénonce une pareille lacune. L'expertise, dit-il, ne peut acquérir de valeur qu'autant qu'elle soit contradictoire. Il faut que deux experts soient désignés, l'un par le juge, l'autre par l'inculpé. Leurs conclusions seront prises en commun, après avoir été discutées contradictoirement. Mais l'entente est impossible ; chacun se retranche dans son camp et refuse de se rendre aux arguments de son collègue. Qu'à cela ne tienne! Une commission scientifique sera constituée « le tribunal des superarbitres », comme l'appelle M. le Dr Brouardel. Ce sera à lui de se documenter d'une manière minutieuse, de revoir avec soin toutes les pièces, de prononcer en dernier ressort. L'équité la plus élémentaire aurait depuis longtemps dû inspirer une pareille organisation.

Malheureusement les choses simples sont les dernières à être acceptées en France. Parce qu'elles sont simples, nul ne s'en occupe, elles ne valent pas la peine qu'on s'y arrête. Eût-on le désir de s'y intéresser, la conséquence de cette attention se traduirait-elle, comme dans le cas présent, par une réforme d'habitudes à obtenir, du coup les préjugés séculaires se dresseraient féroces, faisant le rempart de leurs corps aux coutumes menacées. Un pareil carré de défense est fort difficile à entamer.

Plus d'une fois, c'est à craindre, nous aurons encore à entendre des jugements iniques et des plaidoiries s'emballant à faux. Que fera le malheureux confrère ? Il n'est pas à même de répondre à un avocat; trop d'apprêt et de rhétorique entrent dans la discussion. Il oppose des faits tout nus, dans leur vérité froide. L'avocat riposte par des faits arrangés, disposés dans un autre jour, mêlés à des considérations éloquentes de sentiment. Or, le sentiment, ça prend toujours. Le Tribunal qui s'était endormi aux explications ennuyeuses de l'accusé, se réveille sous les éclats

Digitized by Google

de voix vengeurs de l'avocat de la partie adverse. Le prévenu décidément, s'il n'est pas un misérable, a au moins commis une grosse faute.

Le Tribunal se retire ; il rentre peu après avec la sentence qui condamne. Quelques acquittements prononcés de ci de là, ne doivent pas nous faire oublier les grosses iniquités souvent commises.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par V. Aub'houi, médecin de l'Hôtel-Dieu. 2 volumes in-8° de 1.456 pages. 25 francs.

Ouvrage à la fois de thérapeutique et de pratique médicale. La seconde édition complètement remaniée a mis les deux volumes qui le composent au courant de la science, et a permis à l'auteur de semer au cours du livre nombre de vues intéressantes et pratiques. Peut-être aurions-nous aimé à voir développées davantage certaines pages toutes d'actualité, telles celles qui sont consacrées aux sels de mercure et aux injections mercurielles ; mais nous aurions mauvaise grâce à chicaner l'auteur sur de pareils points de détail : ayant voulu surtout s'adresser aux débutants, il a réussi dans son but.

Traité des Maladies de l'Enfance, par Jules Comby, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades ; 4e édition, revue et considérablement augmentée. — Paris, Rueff, édit., 1 vol. de 175 pages.

Le succès de cet ouvrage, aujourd'hui à sa quatrième édition, ndique les qualités qui le distinguent : concision, clarté, exposition suffisamment développée du traitement.

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le Dr Raymond Noguè. 2e édit., revue et corrigée. 1 vol. in-18 de 664 pages cartonné. 7 francs. (Société d'Edit. Scientifique, 4, rue Antoine-Dubois).

Deuxième édition d'un volume fort utile, où le praticien trouvera à la fois de nombreuses formules en partie empruntées à la pratique des Maîtres et aussi les renseignements essentiels sur le traitement.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

Evian-les-Bains

Tout le monde connaît aujourd'hui, au moins de nom, Evian, l'élégante station balnéaire des bords du lac Léman. Sa vogue grandissante doit être attribuée à plusieurs causes : notamment à sa situation, à son climat, à ses eaux et aux efforts couronnés de succès de la Société de la *Source Cachat* pour la mettre à la mode.

Placé dans un cadre admirable, au centre d'un paysage merveilleux, unique, Evian justifie pleinement l'appellation de « païs délectable » que lui donnait au XVIIe siècle, le chroniqueur Prévost.

Le climat y est des plus sains et très doux, car le lac, grand réservoir de calorique, et les montagnes boisées des environs y assurent une température très heureusement équilibrée. En hiver, sauf de rares exceptions, le thermomètre n'y descend pas à plus de 4° ou 5° au dessous de zéro.

Les eaux d'Evian sont classées parmi les eaux bicarbonatées, sodiques, faibles ; température moyenne : 12°. Elles sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des maladies des voies digestives, urinaires, du foie et de l'appareil biliaire ; leur efficacité est remarquable aussi contre la migraine. Mais parler des eaux d'Evian, c'est nommer la *Source Cachat*, découverte en 1789, la plus connue, celle qui est avec raison la source préférée des médecins et des malades. Cette préférence est hautement affirmée par le chiffre de vente annuelle de bouteilles qui dépasse quatre millions...

De son côté, la Société des Eaux, à la tête de laquelle se trouve un enfant du pays, M. Ch.-A. Besson, le directeur bien connu, n'a rien négligé pour placer Evian au rang des stations les plus courues. Depuis dix ans, Evian s'est transformé à miracle, grâce à des travaux d'assainissement et d'embellissement. La dernière création de la Société a été le nouvel établissement de bains dont l'inauguration a été le *great event* de la très brillante saison 1902 qui vient de finir.

Nous en avons récemment entretenu nos lecteurs.

Concours du Journal des Praticiens

Nous rappelons à nos lecteurs que tous les Mémoires ou travaux pour ce concours, doivent être envoyés ou déposés au bureau du journal, *à l'adresse de son Directeur*, avant le 15 novembre 1902 et avant six heures du soir.

Les Mémoires ou travaux reçus après cette date, n'auront plus droit au concours.

Nous rappelons que les auteurs ne doivent pas se faire connaître et qu'ils doivent faire précéder les mémoires d'une devise correspondant à leur nom indiqué sous pli cacheté. (Se reporter au n° du 18 janvier pour les conditions du Concours.)

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinonaturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par
L'OVO-LÉCITHINE BILLON
Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les
TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement externe du prurit (méthodes antiprurigineuses) (1)

Par M. le Dr Leredde

Les moyens que nous avons indiqués jusqu'ici dans le traitement du prurit sont tous, on peut le dire, des moyens hygiéniques, qui modifient les conditions physiques dans lesquelles se trouve la peau, sa circulation, l'humidité de sa surface, sa teneur en graisse. Nous pouvons maintenant étudier des moyens plus actifs, et qui sont de deux ordres : les uns chimiques, les autres physiques.

Je divise les agents chimiques, que l'on peut appliquer sur les surfaces prurigineuses, en deux groupes : les anesthésiques et les réducteurs. *Cette division me paraît avoir une importance extrême, dont je donnerai plus loin la raison.*

I. Agents anesthésiques. La plupart de ces agents émettent des vapeurs qui pénètrent aisément la peau et agissent sur les nerfs en état d'irritation.

L'*acide acétique* n'est guère employé en France que sous forme de lotions vinaigrées et de bains vinaigrés (un litre pour un bain de 250 litres). En Allemagne, on l'emploie fréquemment en pommades sur les peaux sèches et en pâtes sur les peaux grasses :

Pommade acétique :

Acide acétique	2 gr. 50
Lanoline	5 grammes
Vaseline	10 —

Pâte acétique :

Acide acétique	2 gr. 10
Vaseline	8 grammes
Lanoline	12 —
Amidon	10 —

L'*acide phénique* peut s'employer en lotions (1,3 0/0), en badigeonnages (solution alcoolique ou huileuse), en pommades et en pâtes à la dose de 1 à 2 0/0. Unna l'emploie en solution à 5 0/0 dans de l'esprit de savon de potasse, combinant ainsi un anesthésique et un réducteur.

L'*acide tartrique* est très employé, en France, sous forme de glycérolé d'amidon à 1 p. 30.

La *belladone*, très employée autrefois, n'est plus guère utilisée que combinée à d'autres agents ; son action anesthésique est souvent peu marquée. On emploie l'extrait en pommades à 5 ou 10 0/0 et la teinture diluée, au dixième de préférence.

Le *benjoin* est utilisé sous forme de teinture de benjoin, qu'on incorpore à des pommades de 5 à 10 0/0.

Lanoline	30 grammes
Vaseline	15 —
Eau	5 —
Teinture de benjoin	3 —

Le *baume du Commandeur*, souvent employé par A. Robin, qu'on sature d'aloës, a pour principe actif la teinture de benjoin.

Le *camphre* est un excellent antiprurigineux. On prescrit des lotions à l huile camphrée (huile d'amandes douces, 10 gr. ; camphre, 1 gr.) et des applications de pommades ou de pâtes :

Lanoline	90 grammes
Huile camphrée	10 —
Hydrate de chloral	1 —
Oxyde de zinc	} ãã 25 grammes
Craie	
Huile camphrée	
Eau de chaux	

Le *chanvre indien* est employé en teinture à 1/50 ou 1/100. Leistikow se sert de bâtons de pommade :

Extrait de cannabis	10 grammes
Colophane	5 —
Cire jaune	45 —
Huile d'olives	40 —

Le *chloral* peut être dissous dans l'eau, l'alcool, pour faire des lotions (1 0/0) ; on peut faire des pommades en contenant 10 0/0.

Des lotions à l'*eau chloroformée* peuvent être employées lorsque la peau n'est pas irritable.

La *cocaïne* est associée, par Malcolm Morris, aux solutions aqueuses phéniquées, par Unna, aux solutions alcooliques de sublimé. Brocq l'emploie en pommades contenant, en outre du phénol et du chloral. On l'emploie aux doses de 10 ou 20 0/0 (Leistikow).

Son action sur la peau, comme celle des substances qui n'émettent pas de vapeurs, n'est pas démontrée. Il n'en est pas de même au niveau des orifices des muqueuses, des fissures et des excoriations de la peau.

L'*acide cyanhydrique* en solution à 1/10.000, l'*eau distillée d'amandes amères* en mélange aqueux ou alcoolique sont la base des lotions antiprurigineuses. Citons encore le *lysol*, l'*eucalyptol*, le *thymol* (solutions aqueuses de 1, 2 0/0) et pour finir deux agents importants : le *menthol* et le *salicylate de méthyle*.

Le *menthol* est le plus usuel de tous les antiprurigineux. Il est prescrit sous toutes les formes possibles, en solutions alcooliques (1—3—6 0/0), en pommades et en pâtes (1 0/0 en moyenne) et même sous forme de savons.

Suite et fin : Voir N° 46, page 721.

Digitized by Google

J'ai proposé d'employer le *salicylate de méthyle* sur les surfaces prurigineuses, et en ai obtenu d'excellents effets, plus marqués peut-être qu'avec d'autres antiseptiques, plus passagers peut-être. Je l'ai toujours prescrit jusqu'ici en pâtes aux doses de 5 à 10 0/0.

II. Agents réducteurs. — Les anesthésiques que nous venons d'énumérer ont deux graves inconvénients : 1° leur action est seulement passagère, ils ne guérissent pas le prurit, ils le soulagent pendant leur application; lorsque, pour une raison ou une autre, le prurit aigu ou subaigu vient à disparaître, ses causes ayant cessé, on peut attribuer sa disparition aux anesthésiques ; c'est là une erreur : toutes les fois qu'on aura à soigner un prurit persistant, chronique, on peut s'en apercevoir ; 2° l'action des anesthésiques est souvent irritante, et fréquemment je les ai vus exaspérer ou même provoquer des lésions cutanées sur lesquelles on les applique.

Les réducteurs, au contraire, sont des agents curatifs du prurit dans un grand nombre de cas ; d'autre part, lorsqu'on sait les manier, ce qui est une des conditions nécessaires pour faire une thérapeutique dermatologique sérieuse, on n'amène pas de réactions cutanées, ou on les fait disparaître dès qu'elles se produisent, si, comme il peut arriver, une lésion qui ne semble pas irritable par tel ou tel réducteur, l'est réellement.

Les anesthésiques ne trouvent plus dans cette manière de voir que deux indications principales : 1° ils permettent de soulager le prurit lorsqu'ils sont appliqués sur des lésions non curables par les réducteurs — par exemple dans le mycosis fongoïde — encore la série des goudrons peut-elle être utile en pareil cas et même l'acide pyrogallique; 2° ils peuvent être associés aux réducteurs pour amener une anesthésie plus rapide, encore faut-il se défier en pareil cas d'agents qui sont beaucoup plus irritants que les réducteurs ou du moins dont il est beaucoup plus difficile de prévoir l'effet sur la peau.

Ce qui précède nous amène à une conclusion que je formulerai de la manière la plus nette, au risque d'exagérer un peu, mais dans le but d'être bien compris. En présence d'un prurit sans lésion visible, traitez la peau comme si elle était réellement lésée, il n'est pas douteux du reste que le prurit ne s'associe souvent à des lésions non apparentes. En présence d'un prurit avec lésion, traitez la lésion, et ne vous inquiétez pas du prurit.

Un grand nombre de réducteurs peuvent être employés dans la thérapeutique du prurit.

Nous trouvons d'abord toute la série des réducteurs faibles, l'ichtyol, le thiol et le tuménol.

L'ichtyol peut être utilisé en solution aqueuse ; on badigeonne la peau au moyen d'une solution à 10 0/0 et on laisse sécher, en solution alcoolique ou éthéro-alcoolique, en pâtes et en pommades, etc. Nous avons vu qu'on peut l'incorporer aux colles. Mais de cette manière son action est peu marquée. Le choix de l'excipient, ici comme pour tous les autres agents qu'on applique sur la peau, dépend des qualités de celle-ci : lorsqu'on voudra avoir une action profonde, on emploiera une pommade ; lorsqu'on craindra une irritation, on emploiera une pâte; dans ces conditions, l'action est plus superficielle. On prescrit souvent l'ichtyol sous forme de glycérolé d'amidon à 5 ou 10 0/0; dans ces conditions, l'action irritante est très faible ; on peut faire tolérer la préparation par un grand nombre de lésions, en particulier dans les eczémas aigus à la période de régression, sous la réserve d'une surveillance exacte.

Ce que nous venons de dire de l'importance de l'excipient nous dispense d'insister sur la manière dont on doit appliquer le thiol et le tuménol à la surface de la peau. Le thiol est un agent plus doux que l'ichtyol ; on le prescrit en solution aqueuse (10 0/0) alcoolique, en pommade, en pâte, en glycérolés, etc. De même pour le tuménol dont l'action antiprurigineuse indiquée par Neisser, fait un agent de choix dans le traitement du prurit.

Les goudrons constituent des réducteurs plus énergiques que ceux que nous venons d'énumérer, un peu plus difficiles à manier et dont les contre indications sont plus fréquentes. On ne les emploiera pas lorsqu'il existera un état d'infection aiguë de la peau, surtout si cette infection est d'origine folliculaire. Ils sont particulièrement précieux dans les lésions intertrigineuses, dans les inflammations des plis accompagnées de prurit, dans les eczémas persistants prurigineux. On les utilise fréquemment dans le traitement des lésions lichenifiées, mais d'après mon expérience personnelle, ceux-ci relèvent d'une thérapeutique beaucoup plus active.

Je n'insisterai pas sur les préparations innombrables de goudron que l'on peut employer, depuis l'*huile de cade*, pure, en glycérolés, en pommades ; l'*huile de bouleau*, jusqu'au *goudron de houille* qu'on emploie sous forme de *coaltar saponiné* pur, étendu d'eau (1/4-1/10) en lotions, en pansements ou en teinture éthéro-alcoolique. On peut associer le goudron au savon noir pour rendre le pouvoir de pénétration plus élevé, par exemple dans la formule suivante :

Savon noir.....	5 grammes
Goudron purifié.....	10 —
Vaseline.....	35 —

préparation active.

La *résorcine* est un antiprurigineux remarquable.

Digitized by Google

En lotions aqueuses ou alcooliques (2—5 0/0), je l'ai vue modifier et même guérir des prurits persistants étendus. On peut l'employer sous toutes les formes médicamenteuses, pommades, pâtes, etc.

Je citerai encore le *sublimé* qui, à doses un peu élevées, agit comme réducteur et a une action antiprurigineuse très marquée. Les lotions aqueuses à la dose de 1 pour 1.000, 1 pour 500 et 1 pour 250, sont employées d'une manière fréquente. Mais je préfère, pour ma part, les lotions alcooliques. On peut du reste se servir du sublimé en pommades, en pâtes, etc. (0 gr. 20 0/0 en moyenne).

Le *naphtol* sous forme de pâtes et de pommades à 5 ou 10 0/0 convient à des lésions limitées. On l'associe en général à d'autres agents, par exemple à la résorcine, aux goudrons, à l'*acide pyrogallique* et à la *chrysarobine*.

Ces deux derniers agents qui sont les réducteurs les plus puissants dont on se serve dans la pratique dermatologique courante, sont également des antiprurigineux. Nous n'avons pas à insister d'autre part sur leurs modes d'emploi, sur les excipients auxquels on les incorpore. Les formules se trouvent partout, sur leurs inconvénients ; les dermatologistes savent les manier de façon à n'observer jamais leurs dangers.

L'acide pyrogallique, la chrysarobine ne peuvent convenir qu'au traitement d'accidents prurigineux limités ; si dans le psoriasis tout médecin doit le prescrire, dans les prurits, leur usage est beaucoup plus délicat, et moins susceptible d'être réglé d'une manière précise ; tout médecin expérimenté pourra cependant en tirer de remarquables résultats.

Cette étude générale sur les réducteurs appliqués au traitement des prurits nous amène à la question des applications de la méthode exfoliante au même traitement. Dans le lichen simplex, elle constitue un procédé de choix (1) ; depuis la communication que j'ai faite sur ce sujet à la *Société de Thérapeutique*, et qui concernait trois cas de lichen simplex guéris par l'exfoliation, j'ai observé plusieurs cas nouveaux qui ont tous guéri rapidement (2).

Il me paraît certain que cette méthode pourra s'appliquer à des lichenifications très étendues avec des effets aussi heureux.

Bien plus, je croirais volontiers que chez des prurigineux dont la peau n'est pas irritable, et dont le prurit occupe des régions fixes, d'étendue modérée, la même méthode pourrait rendre de grands services ; je me propose de l'essayer, mais je n'ai pu encore le faire.

Les *méthodes physiques* jouent maintenant dans le traitement du prurit un rôle considérable. Ce rôle serait encore plus important si on avait essayé de préciser, de limiter, de définir leurs indications. Mais ce travail, fort difficile, je le reconnais, est à peine commencé (1).

L'hydrothérapie tiède que j'ai déjà mentionnée est indiquée dans les prurits aigus, où la peau n'est pas eczématisable, et un grand nombre de prurits chroniques. Ses applications peuvent donc être extrêmement nombreuses. Pour ma part, je la comparerais volontiers aux agents anesthésiques : elle produit un soulagement marqué, plus persistant que celui de ces agents, sans les dangers d'irritation de la peau qu'ils offrent, mais enfin l'effet curatif n'est souvent pas des plus marqués. L'hydrothérapie tiède peut paraître amener la guérison comme les agents antiprurigineux, lorsqu'il s'agit de prurits en évolution ; elle l'amène surtout chez des nerveux. Sans faire du prurit une affection nerveuse, il faut reconnaître que la sensibilité individuelle joue un rôle considérable et qu'à lésion égale, certains sujets souffrent de prurit et d'autres non. L'hydrothérapie tiède peut les guérir peut-être en diminuant la sensibilité des extrémités nerveuses de la peau ; cette guérison sera malheureusement instable dans un grand nombre de cas.

L'électricité au contraire, sous la forme d'électricité de haute fréquence en particulier, car les règles d'application de l'électricité statique devraient être extrêmement précisées, produit des effets curatifs et définitifs dans un grand nombre de cas.

En France on se sert couramment dans la thérapeutique du prurit de l'électricité statique et de la haute fréquence, dont l'usage paraît moins répandu à l'étranger.

Toutes les machines statiques (Whimshurst, Bonetti, Carré) peuvent être employées dans le traitement des prurigineux, à la condition d'avoir un grand débit et d'être disposées de manière à fonctionner en tous temps, même par les plus humides. Le malade est assis sur un tabouret à pieds de verre relié à la machine par une tige métallique, de préférence au pôle négatif. La durée des séances sera

(1) Leredde. La méthode exfoliante. (*Journal des Praticiens*).

(2) Je dois rappeler qu'on a traité ces affections par des emplâtres additionnés de substances réductrices fortes ; d'autre part, par des cautérisations au nitrate d'argent et même avec des caustiques plus énergiques, les galvano-cautérisations et les scarifications. Mais tous ces procédés ont de très grands inconvénients : les uns sont souvent insuffisants, les autres trop énergiques, et l'exfoliation me paraît infiniment plus pratique comme méthode générale.

(1) Pour ma part, j'ai montré les services merveilleux que rend l'électricité de haute-fréquence dans le traitement du prurit anal ; de l'autre, qu'elle peut échouer, et, je crois, fréquemment dans le traitement du lichen simplex, qui relève de la cure d'exfoliation.

Digitized by Google

courte, un quart d'heure en moyenne et ne dépassera pas une demi heure. On emploiera soit le souffle électrique, soit le bain statique (Doumer, Leloir), soit l'effluve au moyen d'un balai de chiendent tenu à 20 ou 25 centimètres de la peau (Brocq). La technique de la haute fréquence (Tesla, d'Arsonval, Oudin) est bien connue aujourd'hui; nous savons qu'elle repose sur l'emploi de bouteilles de Leyde, reliées à un alternateur puissant, tel qu'une bobine de Rhumkorff, et entre les pôles desquels jaillit une étincelle à oscillations extrêmement rapides (plusieurs centaines de mille par seconde). Ces bouteilles sont unies à un solénoïde sur lequel on recueille le courant. Pour ma part, je me sers à l'Etablissement dermatologigue de Paris d'un petit solénoïde et d'un excitateur en métal recouvert par une gaine de verre que j'applique sur la peau malade (applications monopolaires).

Je n'ai donné sur les méthodes électrothérapiques que quelques détails au point de vue technique, je ne veux pas ici décrire les appareils employés, car ce qui nous intéresse dans cet article, ce sont les indications exactes de l'électrothérapie.

Il est déjà possible d'en préciser quelques-unes. Depuis l'invention de la méthode de haute fréquence, l'électricité statique ne s'applique plus à tous les prurits; la haute fréquence l'a remplacée presque complètement dans le traitement des prurits limités. Cette dernière méthode donne des résultats extraordinaires dans le prurit de l'anus et le prurit vulvaire et dont j'ai été le premier surpris, lorsque j'ai commencé à m'en servir. Par contre, le bain, la douche statiques sont indiqués chez des malades atteints de prurits étendus, et qui présentent des troubles nerveux marqués, antérieurs au prurit ou consécutifs, de l'insomnie surtout. Ces indications sont un encore peu vagues, pour ma part je ne puis en poser de plus précises en ce moment; à vrai dire, l'électrothérapie rendra des services dans un grand nombre de cas de prurit qui ne rentrent pas dans les deux groupes que je viens d'établir, mais jusqu'à nouvel ordre elle y sera employée d'une manière empirique, *et sans qu'on puisse prédire le succès au malade d'une manière un peu assurée.* Pour ma part, j'ai contribué d'autre part à limiter le champ de ses applications en montrant que dans le prurit avec lichénification, la méthode exfoliante permet d'obtenir des résultats plus rapides, plus complets et plus sûrs. Dans les prurits aigus avec eczématisation récidivante, se développant par poussées chez certains malades, la haute fréquence paraît amener souvent la régression plus rapidement que les agents chimiques, qu'il est difficile de manier et qu'on ne peut employer avec activité. Du reste, tout dermatologiste devra savoir combiner l'emploi de ceux-ci et de l'électricité et n'emploiera pas les moyens physiques à l'exclusion des moyens chimiques, ni ceux-ci d'une manière exclusive.

Pour compléter cette énumération rapide des moyens physiques employés dans la thérapeutique du prurit, j'aurais à citer les autres procédés électrothérapiques qui ont été proposés : le courant continu avec applications cathodiques sur la région malade, la faradisation de la moelle épinière. Cette dernière méthode ne sera employée que dans des cas qui ont résisté à tous les autres moyens; l'électricité a une action locale évidente, et modifie les terminaisons nerveuses; il n'y a lieu de chercher à agir sur les centres nerveux que si les effets locaux des autres méthodes ont été nuls. Quant au courant galvanique il paraît à peu près abandonné depuis que l'électrothérapie s'est perfectionnée dans sa technique et surtout depuis la haute fréquence.

Les scarifications linéaires, la galvano-cautérisation sont utilisées dans des prurits très rebelles, très douloureux, surtout s'il existe de la lichénification invétérée, mais je crois que la méthode exfoliante peut rendre leurs indications plus rares encore qu'elles ne le sont à l'heure actuelle. Pour ma part, je m'en servirais volontiers après échec de l'exfoliation et de l'électrothérapie. Je n'ai pas eu occasion de le faire jusqu'ici.

Je n'entrerai pas dans l'étude des diverses formes de prurit, ce serait étendre le cadre de ce travail déjà long. J'ai voulu seulement dans cet article énumérer les moyens externes réels que le médecin peut utiliser chez un prurigineux et essayer de limiter leur champ d'action. Je répète en terminant que le dermatologiste doit les connaître tous et savoir tous les employer à l'occasion; pour ma part je ne puis poser encore de règles plus précises que celles que j'ai indiquées : en matière de traitement du prurit, l'expérience et le tact du médecin jouent un rôle fondamental, et ne peuvent être remplacés par des préceptes qui deviendraient de suite trop étroits.

Enfin, je rappelle que le traitement externe du prurit doit toujours être complété après étude générale du malade par l'établissement d'une hygiène stricte, d'un régime alimentaire régulier et enfin par l'emploi d'un certain nombre de médicaments internes. J'aurai l'occasion d'exposer ces côtés de la question de la thérapeutique antiprurigineuse dans une autre leçon, ainsi que le traitement hydrominéral qui donne parfois de beaux succès dans les stations françaises ou étrangères.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Principes d'hygiène alimentaire

Par M. H. Huchard
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Necker.

I. — Intoxication par le régime carné.

« L'homme ne meurt pas : il se tue », a dit Sénèque.

Il se tue par les excès en rapport avec les raffinements de la civilisation, beaucoup par un régime alimentaire contre nature, et la moyenne de la vie humaine, qui devrait être d'un demi-siècle, s'est abaissée progressivement jusqu'à quarante et même trente-cinq ans. Au sujet du régime alimentaire, voici quelques opinions émises au nom de l'anatomie, de la physiologie, de l'hygiène :

« L'homme paraît fait pour se nourrir principalement de fruits, de racines et d'autres parties succulentes des végétaux. » (Cuvier.)

« Si l'on considère son estomac, ses dents et son intestin, l'homme est frugivore par sa nature et son origine. » (Flourens.)

« On dirait que nous avons entrepris de nous conserver à l'encontre de toute règle de conservation. » (Michel Lévy.)

« Depuis sa naissance jusqu'à sa mort, » a dit Linossier, l'homme ne cesse de surmener et de malmener ses organes digestifs... Quand on réfléchit au travail antiphysiologique réclamé par la plupart de leur estomac, on ne se surprend plus de la fréquence des dyspepsies ; on s'étonne qu'autant y échappent.» La cuisine destinée à exciter l'appétit est responsable des maladies des gros mangeurs. « On appelle volontiers empoisonneur un mauvais cuisinier ; en réalité l'épithète serait mieux appliquée aux bons« (1). *Plures occidit gula quam gladius.*

Plutarque a consacré un chapitre remarquable aux préceptes de l'hygiène, dont quelques-uns se rapportent à notre sujet. « Ce que les aliments ont d'agréable n'est salutaire que dans la proportion où ils sont nutritifs. Le mieux est d'habituer son corps à n'avoir nullement besoin de manger la chair d'animaux. La terre fournit avec assez de libéralité non seulement à notre nourriture constante, mais encore à notre sensualité et à nos jouissances par les aliments qui, sortis de son sein, ne demandent aucun travail, et par ceux que des mélanges et des apprêts variés rendent encore plus savoureux (2).»

Sans doute, Cuvier et Flourens exagèrent : mais il n'en est pas moins vrai que la nourriture animale plus ou moins faisandée dont nous usons, dont nous abusons de plus en plus, n'est pas une nourriture : c'est un empoisonnement continu ou répété.

On peut en donner deux séries de preuves : les unes, tirées de l'observation de tous les jours ; les autres, empruntées à la science.

1° Après un grand dîner où l'on sert des viandes de toute sorte — viandes marinées, faisandées et à peine cuites, c'est-à-dire putréfiées, — des vins et des boissons alcooliques de toute provenance, et un seul plat de légumes, comme à regret, vous avez remarqué que votre nuit est agitée, votre réveil lourd, et que le lendemain vos forces musculaire et cérébrale sont considérablement atténuées.

D'autres fois, vous éprouvez une *fatigue matinale* incompréhensible (fatigue physique, morale, intellectuelle) ; vous êtes un *neurasthénique du matin.*

Que de fois n'éprouvez-vous pas une certaine paresse physique et intellectuelle, qui vous oblige à renoncer momentanément à vos travaux et vous fait dire : « Aujourd'hui, je me sens mal à l'aise, j'ai le sang à la tête, je ne suis bon à rien. » Or, tout effet a une cause, et si vous cherchez, vous trouverez souvent que vous n'avez pas, les jours précédents, observé strictement les règles de la tempérance.

On a dit que la suralimentation a des inconvénients plus sérieux que le surmenage des organes digestifs; cela est parfaitement juste, et l'insomnie comme les vertiges sont bien plus souvent dus à la suralimentation carnée qu'à la dyspepsie. C'est ainsi que j'ai vu fréquemment ces deux symptômes très rebelles céder seulement à la prescription d'un régime lacto-végétarien. Dans la plupart des cas, les vertiges et l'insomnie ne sont pas des phénomènes d'ordre réflexe, comme on le répète d'une façon banale : ce sont des accidents toxiques. Plus tard, par suite de l'excitation incessante de la muqueuse gastrique qu'elle provoque, la suralimentation carnée conduit à la dyspepsie, le plus souvent hyperchlorhydrique. Du reste, l'influence des aliments sur la quantité et la qualité du suc gastrique est indéniable, comme l'ont démontré des recherches récentes (1).

2° Un animal meurt ou est frappé de mort violente et quelques jours après, la putréfaction accomplit son œuvre ; elle produit plus ou moins rapidement des alcaloïdes organiques auxquels on a donné le nom de *ptomaïnes* et dont les effets toxiques ont été bien étudiés par Selmi en Italie, Armand Gautier en France, Brieger en Allemagne. Les effets de ces alcaloïdes sont ceux des poissons végétaux les plus vio-

(1) G. Linossier. L'hygiène du dyspeptique. Paris. 1900.
(2) Plutarque. *Œuvres morales et œuvres diverses.* Traduction française par Bétolaud.

(1) Herzen. *Therap. Monatshefte*, 1901. — Poutapow Pracaitis. *Thèse de Lausanne*, 1901. — Frémont. *Soc. de thérap.*, 1901. Frouin et Molinier. *Soc. de biologie*, 1901.

Digitized by Google

lents, quelques-uns rappelant l'action de la ciguë ou de la conicine, de la vératrine, de la nicotine, de la strychnine, de la muscarine.

Les empoisonnements *aigus* d'origine alimentaire ne se comptent plus dans la science, et je n'ai pas à m'en occuper ici ; mais il faut surtout appeler l'attention sur l'empoisonnement alimentaire *lent* et *continu*, et l'on prend à tâche d'en accentuer encore les effets en mangeant de la viande à peine cuite, presque crue (alors que la forte cuisson supprime en partie l'action nocive des ptomaïnes), en mangeant encore de la viande plus ou moins faisandée ou marinée, du gibier dont l'action toxique est d'autant plus accentuée que l'animal a été plus surmené par la course ou par la peur. Quelques-unes des ptomaïnes de la viande et du poisson putréfiés, du fromage avancé, sont des plus dangereuses.

N'exagérons pas. Ces substances toxiques se trouvent à des doses infinitésimale dans nos aliments ; mais elles s'y trouvent, et cela suffit pour expliquer bien des choses.

II. — Maladies par suralimentation carnée.

Les erreurs et les excès d'alimentation provoquent certainement un grand nombre de maladies et contribuent puissamment à abréger la vie de l'homme. On a dit qu'avec le vin pour père, la bonne chère pour mère, et Vénus pour nourrice, on a des enfants goutteux. Mais en dehors de la *goutte*, du *rhumatisme*, du *diabète*, il y a encore les *maladies des reins*, de l'*estomac*, du *cœur* et des vaisseaux, la *migraine*, l'*asthme*, les *névralgies*, beaucoup de *dermatoses*, les *affections dentaires*, les *maladies nerveuses* et surtout la *neurasthénie* qui nous envahit de jour en jour davantage,

Au sujet du *cancer*, les avis sont partagés. On a dit que le chien et le chat y sont plus prédisposés que les herbivores; on a cru remarquer sa rareté relative chez les Trappistes, les Chartreux et les Carmélites qui usent d'une alimentation exclusivement végétale, et Verneuil a autrefois émis l'opinion qu'une grande part de l'étiologie du cancer est due aux habitudes carnivores de notre génération. Mais, on a dit que le carcinome s'observe exceptionnellement chez certaines peuplades, comme celles des îles Fœroë et de l'Islande qui ne sont pas végétariennes.

Autrefois Gubler avait attribué l'*athérome* des gens de la campagne à l'abus de l'alimentation végétarienne, et Lacassagne avait voulu étayer cette opinion sur la théorie suivante : « Le travail excessif augmente la proportion d'acide carbonique contenu dans le sang, ce qui détermine la formation exagérée et la précipitation de carbonates alcalins et de phosphates. Dès lors, on comprendrait qu'un régime exclusivement végétal puisse jeter dans l'économie une proportion de principes minéraux et favorise ainsi la production de l'athérome. » Ce n'est là qu'une théorie, non confirmée par les faits. Du reste, nous ne recommandons pas un régime « exclusivement végétal », puisque nous voulons y ajouter une quantité modérée de viandes, des œufs, du lait, et que les lactophages mangent de la viande sous une forme déguisée, comme l'a dit G. Sée. Mais nous combattons l'abus de la nécrophagie, de l'alimentation animale, abus démontré par les chiffres suivants : en France, de 1820 à 1870, l'augmentation de l'alimentation végétale se traduit par le chiffre de 63 p. 100, et l'augmentation de l'alimentation animale par celui de 157. Depuis 1870, nous avons dû faire du chemin ! Et je répète, avec plus de conviction que jamais, ce que j'écrivais dès 1889 (1) :

« Je suis convaincu que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaïnes non éliminées par le filtre rénal devenu de bonne heure insuffisant ou imperméable, sont une cause fréquente d'artériosclérose. En un mot, certaines toxines alimentaires possèdent des propriétés convulsivantes agissant, les unes sur les muscles des membres comme dans le cas de contracture des extrémités d'origine gastrique, les autres sur la musculature vasculaire. Il en résulte dans tout le système artériel un état de spasme plus ou moins permanent, lequel produit rapidement de l'hypertension et consécutivement l'artériosclérose. La conclusion thérapeutique est celle ci : il faut prescrire un régime d'où sont exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes ou en matières extractives. Ceux qui viendront après moi confirmeront ces idées et auront ainsi, avec la déduction thérapeutique que soulève cette question, l'explication de la grande fréquence des affections artérielles. »

Comme je le pensais alors, même avant l'année 1889 (1), ceux qui sont venus après moi ont confirmé cette opinion, et deux ans plus tard, Dujardin-Beaumetz répétait que les substances toxiques d'origine alimentaire « irritent à la longue la paroi des artères et finissent par l'altérer ». Sans doute, il faut se garder des opinions excessives de quelques auteurs sur l'alimentation végétarienne; mais on doit reconnaître, comme Linossier vient de l'écrire, que tous les reproches que l'on fait à la viande ne sont pas dépourvus de fondement; car, « il est hors de doute que, de tous les aliments usuels, c'est un de ceux qui

(1) *Maladies du cœur et des vaisseaux*, 1re édit. Paris, 1889.

(1) Leçons de l'hôpital Bichat (*Sem. méd.*, 1886 et 1890; *Journal des Praticiens*, 1887).

Digitized by Google

provoquent le plus facilement les phénomènes de l'auto-intoxication. C'est un facteur important dans la production de l'*uricémie* et de l'*arthritisme* ». Il rappelle que récemment Kionka a réussi à provoquer des symptômes de goutte chez les poules par l'alimentation carnée, et il ajoute : « La possibilité d'entretenir l'organisme en état de santé satisfaisant avec les seuls aliments végétaux ne saurait d'ailleurs faire de doute. »

L'*asthme* (dit essentiel) a souvent une origine alimentaire, et déjà il y sept ans j'ai publié des observations d'asthmes très rebelles à tout traitement et qui ont cédé en quelques mois à l'alimentation lactée ou lacto-végétarienne (1).

Quant à la *dyspnée toxi-alimentaire*, le symptôme le plus important et le plus pénible de la cardiosclérose, sa prompte et sûre disparition par la même alimentation ne fait plus de doute, comme se trouve démontrée en même temps son origine alimentaire. Depuis l'année 1886, je ne cesse d'insister sur ces faits, et mes élèves, témoins des succès constants de cette médication si simple, les ont consignés dans leurs thèses inaugurales sur les cardiopathies artérielles (2).

III. — Influence du régime alimentaire.

L'humanité dégénère par la taille et par les muscles.

On peut arrêter cette dégénérescence par un changement radical dans le mode d'alimentation, et c'est surtout le régime végétarien mixte qui donne les meilleurs résultats pour la force musculaire et pour le travail intellectuel. Nous aurons à parler encore de l'influence de ce régime sur la longévité, sur le moral, enfin sur l'esthétique et la beauté. Quelques prolégomènes sont d'abord utiles sur la valeur nutritive et digestive de quelques aliments.

A. — *Valeur nutritive et digestive des aliments.* — Nous ne prétendons pas mettre l'humanité au pain et à l'eau. Nous ne cherchons pas à faire vivre, même cent cinq ans, comme le saint ermite Paul, avec quelques racines et des morceaux de pain envoyés par un oiseau divin. Nous voulons seulement prouver que le régime végétarien *mitigé*, dans lequel on fait encore entrer du laitage, des œufs, du fromage peu avancé et un peu de viande, est la nourriture la plus saine pour le corps et pour l'esprit, en même temps qu'elle est très suffisante.

La santé parfaite résulte de l'équilibre du budget des recettes et des dépenses. Or, la ration d'entretien nécessaire pour réparer les pertes quotidiennes que fait l'économie humaine peut être évaluée, en vingt-quatre heures, à 100 ou 110 grammes d'albumine, 45 à 55 grammes de graisse, 400 à 500 grammes d'hydrates de carbone. Chez l'enfant, la ration alimentaire est relativement plus riche que chez l'adulte, comme le montrent les chiffres suivants établissant la consommation de diverses substances alimentaires par kilogramme du poids de l'adulte ou de l'enfant :

	Enfant (2 à 6 ans).	Enfant (7 à 15 ans).	Adulte.
Hydrates de carbone.	10	9	7,5
Graisse	3	1,5	0,85
Albumine	3,70	2,8	1,50

Une ration alimentaire composée de 500 grammes de gros pain, 500 grammes de lentilles, 500 grammes de lait, équivaut à 24 grammes d'azote et 400 grammes de carbone. Ces chiffres ne doivent pas étonner si l'on consulte les tableaux de Payen sur la composition de quelques aliments (1) :

	Azote.	Carbone.	Graisse.	Eau.
Viande de boucherie..	3,00	11,00	2,00	78,00
Œufs (blanc et jaune).	1,90	12,50	7,00	80,00
Lait de vache.....	0,63	7,00	3,70	86,50
Fromage de Brie.....	2,35	24,60	5,56	58,00
Fèves, haricots, lentilles, pois.	4,50 à 3,75	41,00	2,88	12,00
Blé dur du Midi.....	3,00	40,00	2,10	12,00
Riz.....	1,08	43,00	0,80	13,00
Pommes de terre.....	0,24	10,00	0,10	74,00

Il faut toujours se rappeler qu'en dehors des sels minéraux et de l'eau, l'alimentation de l'homme réclame l'emploi de trois groupes de substances : matières albuminoïdes ou azotées, hydrates de carbone, graisses; mais l'usage exclusif de l'un de ces trois ordres de substances alimentaires ne peut maintenir longtemps l'équilibre nutritif.

(*A suivre*).

(1) H. Huchard, Traitement de la dyspnée ptomaïnique nocturne et de l'asthme. (*Soc. de thérapeutique*, 1895).

(2) R. Sabatier, *Quelques considérations sur les cardiopathies artérielles*, 1886. — A. Weber, *Etude anatomo-pathologique sur l'artério-sclérose du cœur*, 1887. — Jacquet, *Contribution à l'étude clinique de l'insuffisance aortique d'origine artérielle*, 1891. Tournier, *La dyspnée cardiaque*, 1892. — Faure-Miller, *Cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire*, 1892. — Blind, *Le rétrécissement mitral des artérioscléreux*, 1894. — Picard, *Dyspnée toxique d'origine alimentaire*, 1897. — Gairal, *De l'insomnie dans les affections cardiaques et en particulier de l'insomnie d'origine dyspnéique dans les cardiopathies artérielles*, 1897. — G. Bohn, *Les longues rémissions de la dyspnée toxi alimentaire dans les cardiopathies artérielles*, 1898. — Piatot, *Traitement des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques*, 1900. — Bergouignan, *Le traitement rénal des cardiopathies artérielles*, 902.

(1) Payen. *Précis théorique et pratique des substances alimentaires*, 4e édit. Paris, 1865.

Digitized by Google

Formulaire du Praticien

Les engelures

Le traitement des engelures est préventif ou curatif. Dans le *traitement préventif* rentrent tous les moyens capables de modifier le terrain : sirop iodotannique, huile de foie de morue. Brocq conseille le sulfate de quinine ; il l'associe à l'ergotine, à la digitale, à la belladone, tous vaso-constricteurs :

Sulfate de quinine	ãã	0 gr. 05
Ergotine		
Extrait de digitale		0 — 005
— — belladone		0 — 001

P. 1 pilule. 2 à 3 par jour.

D'autres préfèrent l'arsenic : 1 à 2 milligr. d'acide arsénieux par jour, et cette dernière médication semble, en effet, préférable, car elle modifie le terrain d'une manière durable, ce que ne font pas les vaso-constricteurs associés dans la première formule.

Autre précaution préventive qui vise la température de l'eau : ne pas se laver dans l'eau froide ou l'eau trop chaude.

Le *traitement curatif* se compose de bains, lotions, pommades, collodion. Les bains seront administrés avec des infusions de feuilles de noyer (15 gr. par litre d'eau), de céleri, de l'eau légèrement sinapisée, additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique ou citrique. On pratiquera des lotions d'alcool camphré, on saupoudrera avec la poudre suivante :

Amidon	9 grammes
Acide salicylique	1 —

Ou bien :

Amidon	9 grammes
Tannin	1 —

Des badigeonnages pourront être faits avec le mélange suivant matin et soir. Saupoudrer ensuite avec une des poudres précédentes.

Alun	ãã	5 grammes
Borax		
Eau de roses		300 —

La teinture d'iode, dans la précédente formule, peut remplacer l'alun :

Teinture d'iode	ãã	5 grammes
Borax		
Eau de roses		300 —

Au lieu de badigeonnages, à la sortie du bain, on peut employer une pommade :

Alun	2 gr. 50
Axonge	15 grammes
Pommade Rosat	2 —
Iodure de potassium	1 —
Laudanum Rousseau	1 gr. 50

Ou bien :

Beurre de cacao	40 grammes
Huile d'amandes douces	10 —
Acide citrique	0 gr. 50
Précipité blanc	0 — 30
Teinture musc	20 gouttes (Brocq.)

Ou bien :

Acide borique	2 grammes
Tannin	1 —
Axonge	20 —

A la période d'ulcération, on a préconisé les collodions riciné ou iodoformé, 1/20. Mais la préparation est parfois douloureuse. M. Méry (Hôpital des Enfants-Malades), lui préfère le stérésol qui ne donne lieu ni à la cuisson, ni à la rétraction du collodion. Mieux vaut utiliser un pansement non occlusif.

Les pâtes à l'oxyde de zinc réussissent à ce moment :

Amidon	ãã	10 grammes
Oxyde de zinc		
Vaseline		20 —

La vaseline peut être remplacée par de l'huile de lin ou 2/3 de glycérolé d'amidon et 1/3 d'oxyde de zinc. Soit :

Amidon	10 grammes
Oxyde de zinc	16 —
Glycérolé d'amidon	14 —

Le liniment oléo-calcaire phéniqué, 1/200, pourra aussi être employé.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'ongle incarné. — Voici un traitement qui, si les résultats satisfaisants en sont confirmés, ne manquera pas de rendre service au praticien.

Purklauer badigeonne la partie de l'ongle qui doit être enlevée avec une solution tiède de potasse caustique à 40 0/0. Au bout de quelques secondes, l'ongle se ramollit et se laisse enlever « comme du beurre » par un râclage avec un fragment de verre à bord tranchant. On continue les badigeonnages à la potasse et les râclages jusqu'à ce qu'il ne reste de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier, qu'on saisit avec une petite pince pour la soulever par le bord au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent, et pour l'exciser au moyen de ciseaux fins.

Le malade guérirait sans perdre une goutte de sang ni ressentir la moindre douleur, et il peut vaquer immédiatement à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire Si plus tard, l'ongle réapparaissait, il suffit pour le supprimer d'amincir de nouveau et par le même procédé la partie correspondante de l'ongle sans que cette fois on soit obligé de l'exciser.

(Echo méd. de Lyon)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

HYGIÈNE

La lutte contre la tuberculose. — Cette fameuse lutte contre la tuberculose semble quelque peu théâtrale. Chacun prend position, se campe, se dessine une attitude, attend son tour pour allonger d'un discours éloquent tous les discours éloquents qui ont été déjà prononcés. Les applaudissements éclatent, et quand le rideau tombe, il n'y a rien de fait. Telle est l'impression qui se dégage de la *Conférence internationale da la tuberculose* qui vient de siéger à Berlin. On a beaucoup parlé et très bien : aucune sanction pratique n'est sortie du débat.

L'un demande la déclaration obligatoire de tous les cas de tuberculose ; elle existe déjà en Norwège, cette déclaration obligatoire. Mais qui est chargé de la faire ? Le médecin. Ce serait lui jouer un mauvais tour que de l'investir de pareille fonction en France. Malades et familles se ligueraient contre lui, il y perdrait sa clientèle et la confiance des intéressés. Le Dr Van Ryn (de Bruxelles) va plus loin ; la déclaration médicale ne lui suffit pas. Il lui faut en plus la déclaration des logeurs, propriétaires, directeurs d'asiles, d'hospices, etc. Comment s'y prendront ils? Et le diagnostic, comment tous ces profanes se chargeront-ils de le poser?

Au vrai, la déclaration de la tuberculose ne semble pas une mesure pratique ; la maladie est trop longue. Dénoncer son mal, c'est mettre un malheureux dans l'impossibilité de garder une place et de gagner sa vie. Est-ce la Société qui le nourrira? Elle construira des sanatoria. Avec quel argent? Sans doute le sanatorium de Beelitz qu'on a fait admirer aux congressistes est une merveille. Il renferme un ensemble de pavillons destinés à abriter 125 malades et 125 convalescents de même sexe ; tout cela est coquet, luxueux, pourvu de tous les aménagements désirables. Coût : onze millions de francs. C'est une somme.

On déchargera les sanatoria par la création de dispensaires anti-tuberculeux. Qu'est-ce qu'un pareil dispensaire? Un établissement présidant à l'assistance à domicile : assainissement du logement, désinfection et blanchissage du linge, secours matériels indispensables pendant les périodes de chômage forcé. C'est M. Calmette (de Lille) qui préconise la création de semblables établissements. L'idée est heureuse, mais où trouver les ressources nécessaires? Un dispensaire coûtera moins cher qu'un sanatorium, mais cela coûtera tout de même beaucoup, et en France l'Etat n'a pas d'argent et les communes sont grevées de dettes. Il reste l'initiative privée ; elle est à recommander. Seulement quand en France des particuliers associent leurs efforts en vue de fonder une œuvre charitable, bien vite des voix dissidentes s'élèvent. On craint que l'activité de l'association n'assure à ses chefs une popularité trop répandue et ne les transforme à l'occasion en compétiteurs politiques. Les démocraties sont ombrageuses ; la suspicion où est tenu en France quiconque rêve de progrès et de réformes est un grand obstacle. A quoi bon se risquer et dépenser son temps et son argent si pour toute reconnaissance, on ne récolte que des ennuis? Et chacun reste chez soi.

Que maintenant avec M. Landouzy, on demande l'enseignement antituberculeux à l'école, que les maîtres soient chargés de leçons de choses antituberculeuses, rien à redire ; le vœu est praticable, seulement il dénote quelque ingénuité de la part de son auteur. Quelle est la grande cause de la tuberculose? L'alcoolisme. M. Landouzy estime-t-il qu'une leçon de choses apprise sur les bancs de l'école va rester gravée dans l'esprit jusqu'à l'âge adulte? Avant d'entrer au cabaret, l'homme se souviendra-t-il de la leçon de choses que lui aura jadis enseignée son maître? Voilà une mémoire bien fidèle et un souvenir scolaire appelé à jouer un grand rôle dans la vie.

La vérité est qu'il vaudrait mieux s'en prendre d'une manière efficace à l'alcoolisme. Combattons l'alcoolisme, nous restreindrons le champ de la tuberculose et plus sûrement qu'avec la leçon de choses de M. Landouzy. Voilà ce qu'auraient pu dire les orateurs à la conférence de Berlin. Cela eût été plus profitable que de se réjouir, comme l'a fait M. Brouardel, des progrès déjà accomplis en France, et des œuvres antituberculeuses déjà fondées. Celles-là ne seront pas de longtemps en nombre suffisant. Il y aura toujours des milliers de phtisiques qui n'en profiteront pas. A voir le prix auquel revient chaque lit dans un sanatorium, il est peu probable que la Société soit jamais assez riche pour abriter tout ce monde.

On pourrait, il est vrai, tourner la difficulté et faire ce que commencent à organiser les chefs de divers services parisiens : MM. Letulle, Chauffard, Widal. Ils réservent une ou deux salles spéciales à leurs phtisiques, transforment en une sorte de sanatorium une partie des locaux qui leur sont alloués. Seulement, là encore ils se heurtent à la mauvaise volonté de l'Assistance publique. Sollicitent-ils une amélioration de leur service, font-ils valoir les avan-

Digitized by Google

tages qui résulteraient pour leurs malades de l'établissement d'une galerie vitrée qui permettrait à ceux-ci une exposition à l'air et la lumière? L'Assistance publique veut bien dépenser des millions pour un sanatorium, mais elle refuse les 3 ou 4000 francs que M. Chauffard, par exemple, réclamait dans l'intérêt de ses malades. Moyennant ce léger sacrifice, ces derniers eussent pourtant été traités aussi bien et à des frais infiniment moins onéreux que dans un sanatorium. Le projet était trop simple : l'administration aime les choses compliquées et difficiles.

D'ailleurs, l'administration se prêtât-elle de bonne main aux améliorations d'hygiène qu'on sollicite d'elle, il resterait encore à établir leur efficacité. Le Dr Kelsch (*Bull. Acad. méd.*, 7 févr. 1893) a démontré que les mesures prophylactiques les mieux entendues n'ont pas restreint la fréquence de la tuberculose dans l'armée, au contraire la maladie est en voie d'accroissement. Pareille constatation est décourageante ; elle n'apparaît pas comme une glorification évidente des efforts accomplis.

La conférence de Berlin devait forcément aborder le problème de la tuberculose bovine et de sa transmission à l'homme. Elle n'y a pas manqué. MM. les Pr Nocard et Arloing se prononcent énergiquement en faveur de l'unité et concluent que c'est surtout en buvant le lait provenant d'une mamelle tuberculeuse que l'homme peut contracter la tuberculose des bovidés. D'où cette conclusion que le moyen le plus simple et le plus sûr de se mettre à l'abri du danger, consiste à faire bouillir le lait avant de le consommer (Nocard). M. Koch maintient ses premières affirmations. Que sur 30 hommes buvant du lait tuberculeux un seul tombe phtisique, cela ne prouve rien, dit-il, si les 29 autres restent bien portants. En France l'opinion est faite. Il y a longtemps que les idées de MM. Nocard et Arloing ne sont plus contestées par personne.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'action cardiaque du cereus grandiflora. — Faut-il dire cereus grandiflora ou cactus grandiflora ? Les deux noms sont employés : de cette dénomination double peut même sortir une méprise. Les praticiens et pharmaciens peuvent croire qu'il s'agit de deux produits différents. Il n'en est rien. Cactus ou cereus, le remède est le même. M. le Dr Renoult, dans un travail inspiré par M. Huchard (*Th. Paris*, 1902) préfère le terme de cereus. La plante, en effet, est une cactée, non un cactus. Elle appartient à la tribu des cierges : c'est le cierge grandiflora. En employant le nom de cactus, on risquerait, en plus, de confondre le cereus avec toutes les autres cactées, en particulier avec l'opontia decumana (figuier d'Inde) que l'on appelle cactus dans le vulgaire.

Les travaux de Rubini (1868), Orlando Jones (1890), Whatson Williams (1891), ont établi la valeur du remède à l'étranger. En France, M. Huchard s'en est occupé depuis 1891. Les parties employées de la plante sont les tiges et les fleurs. M. H. Farr, ayant entrepris des expériences sur le cereus, y a trouvé des corps visqueux et gras, plusieurs acides légèrement âcres, des corps glucosides et résineux solubles dans l'eau et aussi un alcaloïde qui ne peut être isolé qu'en très petite quantité.

Le premier avantage du remède est de ne pas être toxique et de ne pas s'accumuler. M. Huchard a pu employer la teinture à la dose de 80 et 100 gouttes par jour sans produire de phénomènes d'intolérance. Les expériences de M. Renoult ont fixé la dose rapidement mortelle pour le cobaye, à 5 gr. d'extrait par kilogramme d'animal : ce qui représente une toxicité insignifiante Elle provoque, chez l'animal en expérience, des mouvements musculaires, accompagnés de convulsions, ce qui semblerait indiquer que le cereus contient une substance tétanisante à haute dose. Comme action physiologique, M. Renoult a noté, en outre, une légère accélération des battements du cœur et une augmentation de l'impulsion cardiaque, cette dernière action pouvant peut-être être due aux effets des petites doses de la même substance qui se montre tétanisante à doses élevées. La tension artérielle est augmentée.

Chez les malades, le remède produit une régularisation et une augmentation d'amplitude du pouls; le cœur est renforcé dans la systole ; la diastole est diminuée, précieux avantage sur la digitale dans le traitement de l'insuffisance aortique (Huchard). En effet, la digitale par la longue diastole qu'elle produit est souvent contre-indiquée dans l'insuffisance aortique où le reflux du sang de l'aorte à travers la valvule sigmoïde insuffisante amène une fatigue continue dans la diastole. La prolongation de la diastole sous l'influence de la digitale ne ferait qu'exagérer cette fatigue : l'action fâcheuse du remède s'ajouterait à l'action fâcheuse du mal. Le cereus, raccourcissant la diastole, ne donne pas au sang aortique le temps de refluer jusqu'au ventricule. Il diminue ainsi la fatigue du cœur et régularise le cours du sang ; il ne produit pas d'effets diurétiques.

C'est donc l'insuffisance aortique qui constitue la cardiopathie particulièrement justiciable du cereus. Mais le remède s'adresse encore à d'autres affections. Les troubles fonctionnels du cœur, la dilatation avec ou sans lésions vasculaires sont heureusement influencés par lui.

M. Huchard a fixé la posologie du cereus grandi-

Digitized by Google

flora de la manière suivante : 1 gr. d'extrait fluide, 20 à 40 gouttes de teinture alcoolique, 4 à 6 pilules d'extrait aqueux de 0,05. Zelenski (*Journal des Praticiens*, n° 36) monte à des doses plus élevées : 3 fois par jour, 30 gouttes de l'extrait fluide ; il a pu donner sans inconvénient des quantités encore plus fortes : 4 fois par jour, 85 gouttes. Quant à la teinture, elle serait 3 fois moins active.

Voici deux formules employées par John Aulde (de Philadelphie) (*Journal des Praticiens*, 1891, n° 28.

Extrait fluide de cereus grandiflora....	10 grammes
Liqueur de Fowler.....	36 gouttes
Teinture de gentiane composée.....	100 grammes

Une cuillerée à café toutes les 4 heures dans de l'eau.

Dans des affections utérines, leucorrhée, endométrite accompagnées de troubles vasculaires :

Extrait fluide de cereus grandiflora.... }	ãã 10 grammes
Ergotine..... }	
Glycérine..... }	ãã 50 —
Teinture de gentiane..... }	

Une cuillerée à café après les repas dans de l'eau.

Le traitement diététique du mal de Bright. — On a mené grand bruit, ces temps derniers, autour d'une nouvelle diététique des albuminuries, imaginée par Noorden. C'est, en vérité, faire beaucoup d'honneur à un régime qui cadre dans son ensemble avec celui qu'adoptent la plupart des médecins. Il n'en diffère que par l'administration des albumines. En général les médecins, tolérants sur la quantité, sont plutôt sévères sur la qualité des albumines ; car on sait que tel malade qui s'accommode fort bien du bœuf, fait une attaque d'urémie pour un filet de sole ; que pour tel autre qui se trouve bien des œufs, une cuisse de poulet peut être mortelle. Noorden pense tout contrairement que la qualité importe peu, à condition que la quantité ne dépasse pas l'équivalent de 12 à 14 grammes d'azote. Une quantité supérieure est irrégulièrement éliminée par le rein.

Pour ce qui est des boissons, Noorden est plus sévère. Un litre et demi par jour, pas davantage. De temps à autre seulement deux ou trois litres pour épurer l'organisme (Noorden, *British Medical Association*, 1902).

Une chose frappe dans le travail de Noorden : c'est le parti délibérément pris de ne pas distinguer entre les variétés de néphrites chroniques. Y a-t-il, ou n'y a-t-il pas plusieurs variétés anatomiques de néphrites chroniques? Peu nous importe ; mais cliniquement il n'en reste pas moins acquis qu'elles peuvent différer du tout au tout. Dernièrement encore M. Fiessinger ne montrait-il pas ici même (*Journal des Praticiens*, page 374), que des albuminuries chroniques d'origine infectieuse, traitées par une diète sévère, s'aggravent toujours alors qu'un régime varié et tonifiant les résout comme par enchantement? — L. A.

SYPHILIGRAPHIE

Les manifestations oculaires de la syphilis et l'iodure de potassium. — L'iodure de potassium, en tant que remède antisyphilitique, semble perdre quelque terrain. Depuis les succès obtenus par les injections sous-cutanées des sels mercuriels à haute dose, il tend à être relégué sur un plan secondaire. Or voici qu'on ne discute plus sur l'efficacité curative du remède, on l'accuse nettement de faire du mal. M. Abadie (*Société de dermatol. et syphilig.*) attribue à l'iodure de potassium la gravité de certains accidents précoces qu'il a été à même d'observer dans les manifestations oculaires de la syphilis. Deux exemples servent d'appui à son argumentation.

Dans le premier, un jeune homme de 26 ans, syphilitique depuis deux ans, avait présenté, huit mois après le début de la maladie, des accidents oculaires. En vain les injections de calomel furent-elles pratiquées ; on employa l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 gr. Les lésions s'aggravèrent du côté gauche, des hémorragies intra-oculaires suivies d'accidents glaucomateux nécessitèrent une iridectomie qui resta inutile. L'œil était perdu. L'œil droit se prit à son tour. Le confrère traitant éleva les doses d'iodure : il en ordonna 10 gr. par jour. C'est à ce moment que M. Abadie eut à intervenir. Il supprima l'iodure de potassium et prescrivit chaque jour 0,01 de cyanure de mercure. Le remède fut employé en injection intra-veineuse. Amélioration immédiate : deux mois plus tard, l'œil droit était complètement guéri.

Le second malade était également atteint, deux ans après sa syphilis, d'accidents glaucomateux. Un œil était détruit, l'autre en danger. Le malheureux absorbait de l'iodure de potassium à hautes doses. La suppression de ce remède et son remplacement par les injections de cyanure de mercure amena également une guérison définitive.

De pareils faits entraînent une conséquence évidente : en présence d'accidents oculaires précoces de la syphilis, on y regardera à deux fois avant de recourir à l'iodure de potassium. Les injections sous-cutanées de sels mercuriels seront pratiquées sans retard. M. Abadie conseille le cyanure de Hg ; nous avons vu le benzoate de Hg. aux doses de 0,02 à 0.05 amener en pareil cas des guérisons surprenantes par leur rapidité.

Digitized by Google

MÉDECINE LÉGALE

L'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin. — Lorsque la vie de la femme est mise en danger, du fait de sa grossesse, le rôle du médecin est nettement tracé. Il a droit de pratiquer l'avortement. Les maladies qui autorisent semblable intervention ont été récemment l'objet d'un article spécial (*Journal des Praticiens* n° 40). Reste à s'occuper non des affections générales où l'avortement apparaît comme la ressource indispensable, mais de la conformation même du bassin féminin, dont la disposition vicieuse nécessite l'intervention de l'accoucheur. Quelle est la conduite à tenir, quand il est reconnu, dès le début de la grossesse, que la femme ne pourra être délivrée à terme autrement que par une opération césarienne ou la symphyséotomie? La question a été posée à la *Société de Médecine légale*. M. Maygrier y a répondu au nom d'une commission nommée à cet effet, par un rapport heureusement documenté.

Tout d'abord, au début de la grossesse, la mère, à condition qu'elle soit consciente, sera mise au courant de la situation. Que faire? Un avortement provoqué ou une opération césarienne à terme ou la symphyséotomie? Le bassin est trop rétréci pour qu'un accouchement prématuré avec sortie de l'enfant vivant ait chance d'être pratiqué. C'est la mère qui décide. Etant maîtresse de son corps, elle choisira la solution qui lui convient. Si le mari est d'un avis différent, ce sera tant pis! On opère la femme, non le mari. L'accoucheur s'inspirera de l'avis de la femme.

Celle-ci a prononcé : elle ne veut pas de l'opération césarienne ni de la symphyséotomie. Son avis est formel. C'est donc l'avortement qu'il convient de pratiquer. Comme il n'y a pas urgence, le praticien n'est pas tenu d'y recourir tout de suite. Il peut se retirer. En tous cas, s'il consent à faire avorter la femme, il n'entreprendra pas sa tentative tout seul. Le conseil, l'assistance d'un confrère sont indispensables.

L'avortement n'est pas pratiqué : la femme est parvenue au terme de sa grossesse, l'enfant est vivant. Plus pressant qu'au début de la grossesse, le même problème se pose. Seulement il est plus compliqué. L'avortement devient de l'embryotomie, l'opération césarienne est toujours là, on peut même la remplacer si l'on préfère, par la symphyséotomie. Ce sont là interventions graves, beaucoup moins graves toutefois qu'il y a quelques années. M. Maygrier pense qu'elles doivent dans la majorité des cas remplacer l'embryotomie. Mais celle-ci ne saurait être condamnée d'une façon absolue, comme le propose M. le Pr Pinard.

D'abord l'embryotomie fait courir moins de risques à la femme et cette constatation ne laisse pas d'avoir son importance. Le praticien de campagne surtout y sera sensible. Mal outillé, mal secondé, mal préparé par les conditions défectueuses de milieu pour se livrer à une symphyséotomie ou à une opération césarienne, il tentera l'embryotomie qui permettra à la femme de survivre. Il ne condamnera du reste de ce fait à la mort qu'un enfant déjà mourant qui perd du méconium, dont les battements cardiaques sont affaiblis et à peine perceptibles. Comme l'a dit excellemment M. Bar, la vie d'un enfant compromis ne vaut pas en pareil cas les risques que fait courir à la mère l'opération sanglante.

Quoi qu'il en soit, une fois sa détermination prise, le médecin agira prudemment. Il informera la femme et lui demandera son consentement. M. Pinard estimait cette démarche inutile; M. Maygrier, au nom de la commission émet un avis différent. Aucune intervention ne doit être tentée sans l'assentiment de l'intéressée. Celle ci, étant consciente de ses réponses, refuse. L'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations nécessaires, s'incline devant sa volonté nettement exprimée. Ajoutons que cette éventualité se produira rarement. La femme, d'ordinaire, après un moment d'hésitation, se décide et s'abandonne aux conseils du médecin dont l'autorité lui impose et en qui elle a confiance. Il propose l'opération césarienne. La femme acceptera l'opération césarienne. Mais si l'entente n'était pas complète, si, le médecin optant pour une intervention, la femme en choisissait une autre? Le médecin veut l'opération césarienne, la femme veut l'embryotomie. Toute discussion risque de faire perdre du temps; il y a urgence, il faut se décider séance tenante. Le médecin n'a pas le droit de se dérober. Il se trouve contraint et forcé.

Malgré sa répugnance, et aussi bien par humanité que pour dégager sa responsabilité des accidents graves que son abstention pourrait entraîner, son devoir est de se rendre à la volonté de la femme et de faire l'embryotomie.

Que la femme maintenant ait perdu connaissance ou ne jouisse pas de son libre arbitre, convient-il de demander avis à la famille? Certes, mais à une condition : de ne pas accéder aux désirs de la famille avec la docilité qu'on apportait à suivre les volontés de la femme. L'autorité du mari ou des proches ne va pas jusqu'à engager la vie de la femme inconsciente. Le médecin est libre de passer outre, il ne le fera toutefois qu'en assurant ses positions, et après avoir sollicité l'avis d'un confrère. Le seul cas où il serait responsable serait celui où il commettrait une faute lourde dans son intervention.

Cette conclusion est d'autant plus logique qu'en

Digitized by Google

suivant le conseil du mari et des proches parents, le médecin ne serait jamais assuré de trouver l'accord entre eux. Le mari penche pour une intervention, les parents pour une autre. Lequel des partis écouter? Aucun. On suit les inspirations de sa conscience et ce faisant, on accomplit son devoir.

OTOLOGIE

La trépanation de la mastoïde. — Parmi les régions où le praticien est appelé à intervenir d'urgence, il faut compter la région mastoïdienne. Seulement avant de commencer quelques notions d'anatomie devront être présentes à la mémoire. Il ne s'agit pas de blesser les organes voisins, nerf facial et sinus latéral. C'est sans appréhension qu'on peut inciser les couches superficielles; l'artère auriculaire postérieure qui risquerait d'être lésée, est de petit calibre et ses hémorragies sont facilement arrêtées. Gauthier de Luxeuil (Congrès de chirurgie, 20 oct. 1902) conseille l'incision au thermocautère. Il lui accorde l'avantage de permettre d'opérer à sec et de supprimer les écarteurs. Plus facile à manier et ne faisant courir aucun risque, le bistouri est adopté d'ordinaire. L'incision sera pratiquée dans le sillon rétro-auriculaire, le pavillon étant rabattu en avant par un écarteur; arrivé sur le tissu osseux on le rugine sur toute la mastoïde. L'ouverture osseuse sera pratiquée dans un espace situé entre le prolongement de l'apophyse zygomatique qui le limite en haut et une suture visible après dénudation de l'os, la suture mastoïdo-squameuse qui le limite en bas et en arrière. Il est un autre point de repère sur l'importance duquel insiste A. Broca (*Act. chir. et Méd. op. de l'or. moy.*, Masson, éd. 1901, p. 17); ce point de repère situé dans le champ opératoire domine légèrement le conduit auditif sous forme d'une crête osseuse, l'épine de Henle. A l'aide d'un ciseau à froid et d'un maillet on décrira un carré de 1 centimètre de côté situé à 5 mm. en arrière de l'épine de Henle. Il y aura donc 4 traits à dessiner par le ciseau. Pour les 3 traits supérieur, inférieur et antérieur le ciseau est tenu perpendiculairement et enfoncé de 3 millimètres de profondeur. Pour le côté postérieur il faudra se méfier; le sinus peut ne pas être loin; pour l'éviter Broca conseille d'appliquer le ciseau obliquement à 45°. La coque osseuse ne tarde pas à sauter; au premier coup le chirurgien pourra tomber sur l'antre mastoïdienne qui est le siège des lésions. Toutes les tentatives ne sont pas aussi heureuses; parfois il faut pénétrer plus profondément; très prudemment on enfoncera l'instrument millimètre par millimètre. Une épaisseur de tissu osseux atteignant un centimètre est-elle dépassée? ne nous pressons pas, le facial n'est pas loin; il passe en bas et en avant, le sinus passe en arrière; ne blessons ni l'un ni l'autre.

Le trou osseux se présente à ce moment sous forme d'un entonnoir. Quelques coups de ciseau étendront la cavité en haut, en avant et en dedans. La technique semble compliquée; mais les points de repère signalés par Broca sont facilement délimités. En suivant les indications données, le praticien est sûr à la fois de ne lèser aucun organe important et de réussir. Sur 300 trépanations, Broca ne compte pas un insuccès; le sinus ne peut être lésé; le serait-il, sa blessure ne serait due qu'à deux conditions: une malformation anatomique ou la maladresse de l'opérateur. Il s'agit maintenant de terminer l'opération, la partie difficile est exécutée. Prenons une curette, effondrons les cloisons des cellules, toujours avec prudence, crainte que l'instrument échappe et atteigne le sinus ou le nerf. Des tamponnements fréquents pratiqués au cours de l'opération permettent l'exploration de la cavité, celle-ci devant se présenter sous forme de cavité lisse. Il ne s'agit plus comme le conseille Broca que de pratiquer le tamponnement à la gaze iodoformée avec pansement compressif, une mèche de gaze fermant le conduit auditif externe. — N. F.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le Président lit un éloge de M. le Pr Laroyenne (de Lyon), membre correspondant, récemment décédé.

L'arrhénal dans la fièvre palustre. — M. Kermorgant. La quinine est le véritable médicament du paludisme; sur 13 cas traités par l'arrhénal, 9 se sont montrés éminemment défavorables et l'auteur, M. Séguin, sur les instances des malades, a dû revenir à la quinine.

M. Roux lit un rapport sur le prix Audiffred. M. Bureau sur le prix Desportes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Méningite aiguë, récidivante, curable. — M. Gaillard. Femme de 23 ans, atteinte de pleurésie. La thoracentèse étant pratiquée d'urgence, la fièvre persiste; puis huit jours plus tard surviennent des signes de méningite (fièvre vive, 40°8, paralysie du muscle droit externe de l'œil droit, coma et 41° de fièvre le troisième jour des accidents méningés). On attend la mort d'heure en heure. Contrairement à toutes les prévisions une amélioration survient les jours suivants, la fièvre persistant avec des oscillations marquées (T. m. 39, T. s. 40). Néanmoins l'alimentation commence à se faire et la malade se lève au milieu du jour.

Digitized by Google

Trois semaines plus tard, seconde crise méningitique. Convulsions du côté droit avec répétition des symptômes du début. Guérison en 6 jours. Mais la fièvre persiste, sans que la malade qui se lève et commence à sortir en soit très incommodée.

Pas de signes de tuberculose. L'auteur cependant est disposé à rapporter à la tuberculose ces deux crises successives de méningite précédées d'une pleurésie et suivies d'une fièvre persistante.

A la suite de cette communication, MM. Moutard-Martin et Siredey rappellent l'histoire d'enfants considérés comme atteints de méningites tuberculeuses et qui ont parfaitement guéri. M. Guinon apprend que dans deux exemples récents le cyto-diagnostic avait été fait et s'était montré positif. Il s'agissait évidemment de méningites tuberculeuses et pourtant la guérison avait eu lieu. Cette notion de la curabilité possible de certaines méningites tuberculeuses tend de plus en plus à s'imposer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'appendicite. — Le débat s'éternise et n'avance pas. M. Reclus est opportuniste. Quand il y a urgence, il intervient tout de suite, sinon mieux vaut attendre. Le diagnostic du début est ardu et l'opération à chaud est fort grave. M. Nélaton partage le même avis : pas de systématisation absolue ; il faut se laisser guider par les indications. M. Tuffier estime que la conduite du chirurgien au cours de la maladie est souvent dictée par l'état local. Une fosse iliaque muette à la palpation nécessite une intervention immédiate ; quand il existe une tuméfaction on peut attendre en surveillant. Si le chirurgien est appelé dans les 48 heures, mieux vaut opérer tout de suite. Conclusion : le praticien n'est pas plus renseigné qu'avant.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le Concours des Hôpitaux. — La Société Médicale des Hôpitaux a présenté un rapport. Il a trait aux réformes proposées dans l'organisation des concours.

Il renferme de bonnes choses, ce rapport, il en renferme de mauvaises et les difficultés ne sont pas résolues.

Les bonnes choses sont la multiplicité des jurys, des concours, la suppression du vote secret. Les diverses épreuves seront soumises à des juges différents, le concours actuel qui se termine par six nominations sera partagé en deux concours où seront nommés trois médecins seulement ; quant au vote secret, il n'existera plus. Chaque juge émettra son avis à voix haute. Voilà qui est fort bien.

Le choix des candidats ne sera plus déterminé par une élection faite à l'avance, mais d'après l'ensemble des notes qui leur seront affectées séparément par des juges qui ne se sont pas entendus au préalable. C'est parfait et chacun applaudira.

Un assentiment moins unanime accueillera les conditions de la première épreuve d'admissibilité. Ici, la réforme a décidément manqué son but. Ce qui était mauvais, elle l'a fait pire. Il y avait déjà fort à dire sur l'ancienne épreuve écrite. Trop d'érudition y entrait. Aujourd'hui la dose d'érudition est double. Au lieu d'une composition écrite, deux, et sur quoi l'une d'entre elles ? L'anatomie pathologique et la bactériologie. De grâce, chers Maîtres ! Quel mal vous ont fait les malheureux candidats ? Pourquoi leur imposer ce surcroît d'efforts ? La mémoire n'était donc pas assez mise à l'épreuve. Il la fallait charger davantage.

Ce faisant, vous n'y voyez aucune difficulté. La difficulté commence pour vous d'un autre côté et où vraiment il ne semblait pas qu'elle eût pouvoir de prendre place dans l'établissement d'une admissibilité définitivement acquise après plusieurs admissibilités antérieures. Pareille organisation existe déjà pour d'autres examens : les baccalauréats. On ne saisit pas la valeur des objections qui lui pourraient être opposées. Vous craignez, dites-vous, le trop grand nombre des admissibles ; qu'on fixe une limite d'âge, une limite au nombre des concours, comme l'a proposé un de vos collègues, M. A. Renault, cet inconvénient de la multiplicité des candidats sera vite réduit. Quant à la situation des candidats actuels qui, dès aujourd'hui, rentrent dans les conditions prévues d'admissibilité, est-il vraiment si difficile de statuer sur leur compte ? Et à s'en occuper, la commission suivant les paroles du rapporteur « se trouverait elle engagée dans un dédale où elle pourrait s'égarer » ? Le dédale ne nous semble vraiment ni si redoutable, ni si ténébreux.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

La pratique de la dichotomie

On connaît la définition de Dechambre : « La dichotomie consiste dans le partage d'honoraires entre praticiens ayant donné leurs soins au même malade ». Et depuis la définition de Dechambre et le blâme dont ce dernier a enveloppé pareille pratique, cet abus, véritable gangrène des mœurs médicales, continue de sévir, ronge et corrompt tout ce qui restait de probité et de désintéressement confraternels. Ayant eu à s'occuper dernièrement de ce sujet, le Syndicat Médical de Lille vient de publier un rapport où « la dichotomie » est stigmatisée en termes décisifs. (*Bulletin des Syndic. Médic. du Nord et du Pas de Calais*, septembre 1902).

Les divers modes d'entente employés entre chirurgiens et médecins traitants sont réduits au nombre de quatre. Les deux premiers où la dichotomie s'exerce sans vergogne doivent être flétris d'une réprobation sans réserves. Dans le premier cas, le chirurgien majore le prix d'une opération réservant sur la somme qu'il reçoit une part qu'il remet au

Digitized by Google

médecin traitant. Une opération vaut mille francs : il en demande quinze cents, soit une augmentation de cinq cents francs, lesquels reviennent au médecin traitant, à l'insu de la famille. Marché malhonnête, hypocrite, conclu dans l'ombre ! En définitive que signifie-t-il ? Une duperie vis à-vis du client. Ce dernier paie une opération au-dessus du prix qui semblait légitime ; et pourquoi cette élévation des honoraires ? Pour permettre un partage entre les médecins. Que jamais de pareilles mœurs aient pu pénétrer dans le domaine médical, une tristesse vous prend à constater une telle méconnaissance de la dignité professionnelle.

Dans le second mode d'entente, le chirurgien ne majore pas le prix de son opération. Il se contente, sur les honoraires touchés, d'en distraire un certain chiffre convenu d'avance. Lequel ? Cela dépend des conventions. Un taux de 30, 40 et 50 0/0. Tant plus il sera élevé, tant plus le médecin traitant se pressera de faire opérer par son ami le chirurgien. L'un s'informe de bonnes pistes, flaire, chasse, rabat le gibier opératoire. L'autre arrive, tire son bistouri, paie la commission du courtier, de l'entremetteur, du limier habile. En vérité, point n'est besoin d'insister.

Ce qui doit être fait, ce que la plupart des chirurgiens et médecins traitants ont coutume de faire, c'est d'envoyer séparément la note de leurs honoraires respectifs. Le client paie le chirurgien tout de suite ; que le médecin traitant qui, d'ordinaire, est réglé à la fin de l'année, craigne de trouver à ce moment, avec la reconnaissance refroidie, la bourse du client rebelle, qu'à cela ne tienne. Le chirurgien et le médecin traitant réuniront leurs honoraires sur une seule note, mention étant faite sur cette note du détail des honoraires qui reviennent à chacun d'eux. Moyennant cette clause, toutes les précautions auront été prises. Le soupçon et la médisance ne pourront frapper de discrédit les deux intéressés.

Le rapport du Syndicat termine par une question. Comment seront calculés les honoraires du médecin traitant ? Les Sociétés médicales du IVe et du XVe arrondissements ont fixé un tarif : les honoraires du médecin traitant monteront au quart de ceux du chirurgien ou du médecin consultant. Soit 1.000 francs pour le chirurgien et 250 francs pour le médecin traitant. C'est un chiffre. Les familles mettront sans doute quelque peine à l'accepter et se feront tirer l'oreille. A force d'être vu tous les jours, le malheureux confrère traitant perd de son prestige. On connaît d'ailleurs le prix ordinaire de ses visites. Se permettre de réclamer la forte somme, sans doute il est dans son droit et la probité professionnelle la plus stricte n'a rien à y redire. Mais ici ce n'est pas la probité qui réclame, c'est le client. Encore convient-il qu'on tienne quelque peu compte de ses protestations. Les habitudes et les préjugés de la clientèle ont de solides racines ; il n'est pas prudent de les ébranler trop brusquement.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies épidémiques. Etiologie et Pathogénie des maladies infectieuses, par le Dr A. Kelsch, médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine. T. II, 1er fascicule des « Fièvres éruptives ». (Paris, Oct. Doin, édit. 1 vol. 294 p., prix : 6 fr.

L'ouvrage de M. Kelsch se distingue de tous les livres du même genre par une particularité essentielle : il est conçu cliniquement. Ce ne sont pas les idées ayant cours qui ont inspiré la teneur des pages. L'auteur n'a pas sacrifié à la mode de son temps. Il a étudié par lui-même, a dépouillé les innombrables mémoires originaux où étaient relatées les histoires des diverses épidémies. Et des réflexions suscitées par ses observations propres, des confrontations qu'il a opérées entre la multiplicité des documents consultés par lui, sont sorties un certain nombre d'idées directrices de haute importance, en pathologie générale. Telle la transformation possible des espèces morbides, de la grippe en influenza, par exemple; telle aussi la variabilité des types qui paraissent le plus solidement fixés — j'entends la scarlatine — telle aussi la diversité des caractères contagieux, certaines maladies étant essentiellement contagieuses, d'autres au contraire étant susceptibles de naître à la fois par la contagion et par l'autogenèse. Le lecteur désireux de s'enquérir des questions d'épidémiologie, non d'après des livres rédigés dans le silence du cabinet, mais d'après des observations originales et des documents vivants, ne pourra consulter de meilleur guide, plus heureusement inspiré et muni de vues plus suggestives et plus hautes, que celui qui lui est fourni par l'œuvre magistrale de M. Kelsch.

Chirurgie de l'œil et de ses annexes, par le Dr F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris (faisant partie du « Traité de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale » de Berger et Hartmann-Steinheil, édit., 1902).

Ce beau volume de plus de 400 pages est actuellement ce que nous possédons de plus complet en France sur la chirurgie oculaire. Il comprend en effet un résumé d'anatomie chirurgicale, l'exposé détaillé des opérations sur la conjonctive, la cornée, l'iris, le cristallin, les muscles de l'œil, les voies lacrymales, l'orbite, les paupières, les nerfs de l'orbite, l'extraction électrique des corps étrangers intra-oculaires, le traitement des conjonctivites, etc. Indépendamment du soin et de la compétence que l'auteur, élève du Pr Panas, et pendant trois ans son chef de clinique, a pu apporter à la rédaction de l'ouvrage, celui-ci se recommande encore par ses dispositions typographiques et son ordre excellent. Des résumés en tête des chapitres permettent au praticien de passer rapidement en revue toutes les opérations applicables à un même cas, tandis que le texte expose avec beaucoup de méthode, les indications, les détails et les divers temps de l'intervention. Enfin, de très nombreuses figures d'instruments, d'anatomie topographique et surtout de manuel opératoire (il n'y a pas moins de 23 fig. pour démontrer l'opération de la cataracte) font autant que possible voir les choses, et rendent ce livre pratique entre tous. — Rochon-Duvigneaud.

Précis de bactériologie médicale, par le Dr Berlioz, professeur à l'Université de Grenoble ; directeur du Bureau municipal d'Hygiène. — Paris, Masson et Co, éditeurs.

Ce livre offre un grand mérite : les questions de pathologie générale avec les déductions hygiéniques et médicales qui s'y rap-

Digitized by Google

portent occupent une bonne partie du volume. La bactériologie spéciale remplit les deux cents dernières pages et résume en un tableau terminal les caractères des principales bactéries. Elle vient donc à sa place, éclairée et rendue attrayante par la connaissance de la physiologie bactérienne: celle-ci ouvrant le volume en un exposé clair et complet qui court en un récit rapide, allégé du poids d'une érudition fatigante et difficile.

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par le Dr S. Bernheim. — 1 vol. in-18 de 696 pages, 2me édition revue et considérablement augmentée, broché 8 fr.

Cet ouvrage très documenté se signale à la fois par l'exposé clair et précis de nos connaissances sur la phtisie pulmonaire et aussi par le grand développement accordé au traitement. L'auteur y consacre près de la moitié du volume, sa préférence allant avec raison moins aux remèdes qui prétendent détruire le bacille de Koch qu'à toutes les médications et à tous les moyens hygiéniques ayant pour but de renforcer la résistance et d'améliorer l'état général du patient.

La tuberculose considérée comme maladie du peuple. Des moyens de la combattre, par le Dr S.-A. Knopf, traduit par le Dr Sersiron. (Naud, édit., Paris, 1901).

Brochure de propagande qui a obtenu le prix proposé par le Congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose. L'auteur termine par une conclusion sage, encore qu'empreinte de candeur. Dans un état civilisé, dit-il, il est certainement possible de combattre avec succès la tuberculose. Pour réussir, il ne faut que le concours de trois éléments : un gouvernement sage, des médecins instruits, un peuple intelligent. A ce compte, la tuberculose n'est pas près de disparaître en France. Elle aura bien contre elle les médecins instruits, mais le reste? Le gouvernement sage, le peuple intelligent ne sont pas près de répondre à l'appel.

Le lait et son industrie, par A. Tourret, médecin-vétérinaire, 1 vol. in-18, avec 20 figures dans le texte. (Vigot frères, édit., place de l'Ecole de Médecine, Paris, VIe). 1 fr. 50.

Toutes les connaissances relatives au lait, à ses modes de préparation, aux falsifications dont il est l'objet, sont condensées avec soin dans ce volume, d'une lecture agréable.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Notes sur le nitrite d'amyle

De tous les liquides employés en thérapeutique, le nitrite d'amyle est certainement le plus altérable. Si le flacon dans lequel on le conserve cesse d'être plein, aussitôt la décomposition commence. Il se dégage divers gaz parmi lesquels domine l'azote ; la décomposition est d'autant plus complète, qu'il y a plus d'espace pour loger les gaz qu'elle produit. Elle ne cesse que lorsque la pression du gaz est suffisante pour arrêter le phénomène de dissociation qui produit cette décomposition. C'est pour cela que dans des flacons à moitié remplis on ne trouve plus au bout de quelque temps qu'un mélange d'alcool amylique, d'acide nitrique et d'une faible quantité de nitrite d'amyle qui conserve au liquide son odeur forte ordinaire. Rien ne décèle son altération, si ce n'est la perte de ses propriétés thérapeutiques.

Le seul moyen de conserver un corps aussi instable est de le renfermer dans des ampoules complètement remplies. Je dis complètement remplies, car si les ampoules ne sont qu'à moitié pleines, le liquide se trouve dans les mêmes conditions que dans des flacons à moitié remplis. L'usage des capsules de verre enveloppées d'un linge pour qu'on puisse les briser entre les doigts, ne vaut rien pour la conservation du nitrite d'amyle ; car, si on enlève l'enveloppe d'une de ces capsules, on voit qu'elle n'est remplie qu'à moitié, quelquefois même au quart. Si on veut les faire plus petites pour les emplir complètement, elles deviennent tellement dures qu'on ne peut plus les briser qu'avec un marteau. Le liquide se trouve donc dans ces capsules dans les mêmes conditions que dans un flacon à moitié rempli ; il se décompose aussi vite ; aussi ces capsules produisent-elles souvent une légère explosion quand on les brise. Les ampoules de M. Boissy, au contraire, munies de deux pointes, peuvent être complètement remplies, car pour les vider il suffit de casser les deux pointes, ce qui est toujours possible. L'air entre alors par une pointe pendant que le liquide sort par l'autre. Ces ampoules étant renfermées dans un étui de papier buvard, si on plie les deux bouts de l'étui, les deux pointes de l'ampoule sont brisées, le nitrite d'amyle absorbé par le papier s'évapore rapidement. On n'a qu'à tenir l'étui dans le creux de la main pour respirer les vapeurs. Quand l'inhalation est finie on jette l'étui, et on se débarrasse ainsi tout à la fois de l'odeur et des débris de l'ampoule ; c'est le cas de dire que l'*on fait* ainsi ces inhalations *tuto, cito et jucunde*.

AVIS. — Le premier fascicule du Tome III « Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte », de M. Huchard, contenant les maladies du péricarde et de l'endocarde, vient de paraître. Adresser les demandes à M. O. Doin, éditeur, place de l'Odéon, Paris.

— La troisième édition des « Consultations médicales » de M. Huchard va également paraître dans une quinzaine. Cette édition est complètement remaniée et renferme plusieurs chapitres et de nombreuses indications qui n'avaient pas figuré dans les éditions précédentes.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpinonaturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fissinger.

PARIS — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des bronchites par l'ichtyol

Par le Dr H. de Brun
Professeur à la Faculté de Médecine de Beyrouth.

Cette note est basée sur une seule observation. Mais cette observation est tellement concluante, les résultats obtenus ont été tellement satisfaisants, j'oserai presque dire tellement surprenants, qu'elle suffit, à mon avis, pour nous permettre de ranger l'ichtyol parmi les médicaments de premier ordre dans le traitement de certaines bronchites.

Le 9 avril dernier, une jeune fille de 13 ans, entre dans mon service se plaignant d'une toux violente, d'une dyspnée assez vive et d'une expectoration sanguinolente. La maladie remontait à six ans et s'était déclarée à la suite d'une coqueluche.

Depuis cette époque, la petite malade ne cessa de tousser et de cracher en dépit de tous les traitements. Bien plus, la toux et l'expectoration augmentèrent notablement, si bien que, n'en pouvant plus, la jeune fille se décida à entrer à l'hôpital.

Je constate l'état suivant : poitrine sensiblement bombée, légère exagération de la sonorité normale, légère diminution des vibrations thoraciques, inspiration humée, expiration prolongée, traduisant l'existence d'un certain degré d'emphysème pulmonaire ; râles ronflants, sibilants et surtout sous crépitants assez fins, extrêmement abondants, remplissant la poitrine, indiquant la coexistence d'une bronchite intense et diffuse.

Toux incessante survenant par quintes prolongées d'une violence extrême, empêchant parfois le sommeil plusieurs nuits de suite, souvent ne discontinuant pas de la journée.

Cette toux présentait un caractère spasmodique et déchirant tout à fait singulier. Composée d'une série d'expirations brèves, sonores. éclatantes, se succédant avec une grande rapidité, ce qui lui donnait une certaine analogie avec les quintes de la coqueluche, elle s'en distinguait par l'absence de reprise, et par conséquent d'inspiration sifflante. La quinte se terminait par l'expulsion de mucosités tantôt banales, tantôt sanguinolentes rejetées à la fin dans une dernière et bruyante expiration accompagnée en général de l'ensemble des phénomènes spasmodiques caractéristiques du vomissement.

Cette toux était tellement violente, tellement éclatante et prolongée qu'elle dominait, même à distance, le bruit de mes paroles, et m'obligeait à plusieurs reprises, pendant chaque visite à la salle des femmes, à interrompre, pour la laisser passer, mon enseignement et l'auscultation de mes élèves.

La malheureuse enfant, pendant ces quintes, faisait vraiment peine à voir. Le visage cyanosé, les lèvres violettes, les yeux saillants véritablement hors de la tête, les extrémités froides et bleuies, elle présentait, au suprême degré, les symptômes asphyxiques provoqués par les grandes toux spasmodiques. Les troubles apportés à l'hématose se prolongeaient en dehors des quintes et se traduisaient par les signes de l'emphysème précédemment décrit, emphysème retentissant sur le cœur au point de donner en permanence au visage de l'enfant, et particulièrement à ses lèvres, une teinte légèrement violette, qui, comme je l'ai dit, prenait au moment de l'accès des proportions excessives.

L'expectoration était abondante. Chaque matin le crachoir était à demi rempli d'un liquide sanguinolent légèrement mousseux, où nagaient un certain nombre de crachats un peu plus opaques, pas assez toutefois pour affecter une forme déterminée, n'ayant par conséquent en aucune façon l'aspect nummulaire ou pelotonné.

L'examen bactériologique permit de constater la présence de nombreux pneumocoques associés à des streptocoques. Pas de bacilles tuberculeux.

L'abondance et la diffusion des râles humides, la coexistence de l'emphysème et surtout la présence du sang dans les crachats me parurent motiver l'administration du tartre stibié.

L'hémoptysie disparut dès le lendemain, mais la toux persista avec la même intensité, et le médicament, continué pendant 5 à 6 jours, ne parvint pas à la modifier en quoi que ce soit.

La morphine, l'iodure de potassium restèrent sans résultat.

La créosote provoqua le retour de l'hémoptysie.

La teinture de belladone, la teinture de drosera, le bromoforme, l'ipéca, le benzoate de soude isolés ou combinés ensemble furent absolument inefficaces. Non seulement la toux persista avec ses caractères primitifs, avec son cortège de symptômes semi-asphyxiques, avec son expectoration toujours la même, mais encore les phénomènes stéthoscopiques ne subirent aucune modification ; et chaque matin nous pouvions constater, persistant avec une désespérante ténacité, d'immuables râles ronflants, sibilants et sous-crépitants remplissant du haut en bas, aussi bien en avant qu'en arrière, toute l'étendue de la poitrine.

C'est alors que, le 28 avril, je prescris pour la journée 1 gramme d'ichtyol en 10 pilules avec une poudre inerte.

L'effet fut véritablement merveilleux. La toux diminua dans des proportions imprévues, ainsi que l'expectoration ; pour la première fois depuis six ans

Digitized by Google

la petite malade passa une bonne nuit. A l'auscultation, les râles moins nombreux, moins pressés, moins bruyants permettaient de percevoir distinctement le murmure vésiculaire. La dyspnée avait à peu près disparu. Au reste aucun phénomène d'intolérance.

Enhardi par ce résultat, sachant déjà par ma propre expérience la facilité avec laquelle sont supportées des doses considérables d'ichtyol puisque j'en avais moi-même, dans des cas de lèpre, administré jusqu'à 10 grammes par jour (1), j'en ordonnai 2 grammes dans la potion suivante, dont j'empruntai la formule à Jennings.

Ichtyol		2 grammes
Glycérine	ãã 15	—
Sirop d'écorce d'orange		
Eau		80 —

F. s. a.

Le lendemain, la toux avait totalement disparu ainsi que l'expectoration. L'effet fut rapide et décisif au point d'avoir la netteté d'un fait de physiologie expérimentale, la quasi-instantanéité du résultat obtenu par certaines injections de sérum.

Et il n'est pas possible d'attribuer à un autre médicament le résultat obtenu. J'avais pris soin de ne joindre à l'ichtyol aucune substance capable de masquer ou de renforcer son action.

Bien plus, le fait précédent nous permet d'affirmer que non seulement l'ichtyol peut être un médicament de premier ordre dans le traitement de certaines bronchites, mais encore qu'il possède sur la créosote l'inestimable avantage de ne pas provoquer d'hémoptysies chez les sujets qui y sont prédisposés. Chez notre petite malade, la créosote fit reparaître avec abondance le sang dans les crachats; l'ichtyol fit disparaître tout à la fois et *définitivement* la toux et l'expectoration sanguinolente.

Quelque concluante que soit l'observation précédente, ses conclusions ne peuvent être généralisées. Toutes les bronchites, en effet, ne sauraient bénéficier au même titre du médicament, et il est hors de doute que les bronchites tuberculeuses, par exemple, ne retirent de l'administration de l'ichtyol qu'un avantage discutable. W.-B. Jennings a établi que c'est surtout dans la bronchite chronique infantile, consécutive à des refroidissements ou à une maladie infectieuse, telle que la rougeole et la coqueluche, que le médicament trouve ses indications. Le fait que je viens de rapporter confirme les recherches du médecin de New-York et fait désirer que de nouvelles études permettent d'étendre et de préciser les indications d'un médicament qui possède à son actif de pareils succès.

(1) H. de Brun. Traitement de la lèpre par l'ichtyol. *Bullet. de l'Acad. de médec.*, 23 avril 1901.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Principes d'hygiène alimentaire

Par M. H. Huchard (1)
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Necker

Valeur nutritive des aliments. — Par ordre d'importance :

1° En *matières albuminoïdes* : fromages, lentilles, haricots ; viandes de canard, de bœuf, de porc, de veau ; blanc et jaune d'œufs ; viandes de poisson ; froment, lait, riz. Les pommes de terre en renferment une petite quantité, les choux-fleurs encore moins.

Les albumines végétales, comparées aux albumines d'origine animale, sont d'une digestion plus lente et moins complète. Les chiffres suivants, empruntés à Munk, indiquent la proportion des diverses albumines qui, échappant à l'alimentation, s'éliminent par les matières fécales :

Viandes, œufs, lait	1 à 3 p. 100
Pois, haricots, lentilles	17 —
Riz	20 —
Pain blanc	22 —
Pommes de terre	30 —

En raison de ces déperditions, on a dit qu'un quart ou même un tiers de l'albumine doit être emprunté au règne animal dans la nourriture de l'homme. Cependant, il importe de faire remarquer que les graines (lentilles, haricots, pois) sont plus riches en albumine que la viande, de sorte qu'avec l'alimentation végétale, la compensation est obtenue.

2° En *hydrates de carbone* : riz, farine de froment, lentilles, haricots, pommes de terre, raisins, pommes, fraises. Le lait, foie de veau, cervelle, jaune d'œuf, viande de bœuf en renferment de petites quantités.

3° En *graisses* : noisettes, amandes ; viandes grasses de porc et de bœuf, jaune d'œuf, anguille, fromage. Puis arrivent à une grande distance de ces derniers aliments : saumon, lait, viande de mouton, veau, lentilles, haricots, riz. Les pommes de terre en renferment à peine.

Les *légumes* se divisent en farineux ou aqueux. Les premiers sont des aliments riches en éléments nutritifs, et de tous ce sont les pois et les lentilles qui sont de plus facile digestion. La pomme de terre, qui renferme peu d'albumine, à peine de graisse, ne pourrait à elle seule constituer l'alimentation, puisqu'il en faudrait plus de 2 kilogrammes pour fournir à l'organisme sa ration quotidienne d'albuminoïdes.

(1) Suite et fin : Voir N° 47, page 741.

Digitized by Google

Les légumes aqueux (carotte, radis, céleri, petits pois, épinards, salades) sont riches en eau et très pauvres en valeur nutritive. Certains légumes verts, comme les épinards et la laitue, sont très riches en matières minérales et indiqués par conséquent dans tous les cas de déminéralisation de l'organisme, quoique leur valeur nutritive soit réduite. Pour 1.000 de substances sèches, la laitue renferme 9,39 d'oxyde de fer, et les épinards 5,52.

Les *graisses* végétales ou animales que l'homme peut assimiler jusqu'à 100 grammes par jour, diminuent la sécrétion chlorhydrique et activent la sécrétion pancréatique. Leur digestibilité, très réduite chez les dyspeptiques, dépend parfois de leur état physique. Ainsi, sous forme d'émulsion dans le lait ou de crème fraîche, la matière grasse est d'une facile digestion; sous forme de beurre frais qui renferme un agglomérat de globules graisseux, elle est déjà moins digestive ; à plus forte raison quand il s'agit de beurre fondu qui devient un aliment fort lourd. « C'est pour cette raison que les dyspeptiques supportent assez bien, à l'état de fine division dans les tissus végétaux ou animaux, la même quantité de graisse qu'ils ne peuvent digérer à l'état de sauce grasse ou d'huile ; pour cette raison aussi que la cuisson des graisses les rend moins digestibles. » (Linossier.)

Les *œufs* qui renferment chacun 5 grammes de graisse et un peu plus de 6 grammes d'albumine, ne peuvent jamais arriver à constituer un aliment complet par suite de l'insuffisance des hydrates de carbone ; mais ils ne contiennent pas de toxines, surtout à l'état frais, et c'est ce qui en fait la valeur dans l'alimentation azotée des artérioscléreux, des brightiques, des hépatiques, de tous les malades en imminence d'auto-intoxication.

Le *lait* est un aliment complet, c'est-à-dire qu'il peut suffire à lui seul à la nutrition de l'organisme ; il contient une matière albuminoïde, un hydrate de carbone, de la graisse, des sels minéraux. Si pour un homme de poids moyen la quantité de 3 litres à 3 litres et demi est le plus souvent suffisante, cette alimentation pêche toujours par son insuffisance en hydrates de carbone. Alors, dans le régime alimentaire des artérioscléreux, on peut y suppléer en prescrivant en même temps du riz et des lentilles. Le lait excite au minimum la muqueuse stomacale ; sauf d'assez rares exceptions, il est d'une facile digestibilité, raisons qui en font un bon aliment et un bon médicament dans les maladies de l'estomac, surtout dans l'hypersthénie gastrique où il contribue à constituer une sorte de régime de repos relatif pour l'organe malade.

Dans les cas où l'on est obligé de prescrire le régime lacté exclusif à la dose de 3 à 4 litres par jour, on arrive toujours, par cette alimentation, à un léger excès d'albuminoïdes, à un excès plus marqué de graisse, et à un notable déficit en hydrates de carbone, comme le démontrent les chiffres suivants :

	3 lit. de lait.	4 lit. de lait.	Ration alimentaire normale.
Albuminoïdes.....	147	197	100 à 110
Graisse.....	121	161	56
Hydrates de carbone.	165	220	400 à 500

Si le régime lacté exclusif est en réalité un régime d'amaigrissement, le régime lacté mixte peut au contraire concourir à l'engraissement puisqu'il apporte à l'alimentation, comme le dit A. Mathieu, une quantité de graisse notable d'autant plus facilement digérée et absorbée qu'elle se trouve en petite quantité et parfaitement émulsionnée (1).

Voici la composition des laits différents pour 1000 :

	Femme.	Vache.	Anesse.	Chèvre.
Eau.....	896	877	896	874
Caséine.....	14	30	7	30
Albumine.....	6	4	16	5
Graisse.....	31	37	16	39
Lactose.....	50	45	60	44
Cendres.....	3	7	5	8
	1000	1000	1000	1000

Comme c'est la présure (*ferment lab* de Hammarsten) qui favorise la coagulation du lait dans l'estomac, surtout à la faveur d'un milieu alcalin, on conçoit la raison pour laquelle certains grands hyperchlorhydriques le supportent mal, d'autant plus qu'ils sont atteints souvent de stase stomacale par spasme pylorique. La coagulation du lait de femme se fait en petits caillots ; celle du lait de vache en gros caillots d'une digestion parfois pénible, d'où l'indication de le faire absorber en plusieurs fois et par petites gorgées, et même de le remplacer en partie par du lait d'ânesse plus léger et plus diurétique, par le lait stérilisé, ou encore par le lait de vache bouilli. Du reste, avec ce dernier l'évacuation stomacale est plus rapide (environ après deux heures ou deux heures et demie qu'avec le lait cru (trois heures), et comme sa principale digestion se fait dans l'intestin, on comprend que Mathieu ait pu dire judicieusement que la facile évacuation du lait a plus d'importance que sa digestion gastrique, à la condition cependant que l'intestin soit normal. Lorsqu'il y a stase gastrique par hyperchlorhydrie ou pour toute autre cause, il faut donner la préférence au lait stérilisé, et il est nécessaire de recourir parfois au lavage stomacal. Enfin, dans les cures de régime

(1) A. Mathieu. *Régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies*, 1894.

Digitized by Google

lacté, il y aura lieu, nous le répétons, de suppléer au déficit d'hydrates de carbone, en ajoutant au lait ou à une certaine quantité d'eau, 40 à 50 grammes de lactose par jour, en prescrivant de temps en temps des potages au lait avec farine de riz, semoule, tapioca et quelques œufs. On pourra encore prescrire, en plus des 2 litres de lait de vache, un litre de lait d'ânesse qui renferme plus d'albumine et de lactose avec moins de graisse que le premier.

Préparations culinaires. — Quelques mots seulement sur cette question bien traitée dans les livres d'hygiène alimentaire.

La cuisson des aliments leur fait subir des modifications variées. Sur la viande, elle a pour effet de dissoudre et de désagréger la gangue celluleuse, de durcir les portions charnues en coagulant l'albumine, d'où la moindre digestibilité de la viande bouillie qu'il importe toujours de diviser finement par la mastication ou par action mécanique pour la rendre plus attaquable aux sucs digestifs. Pendant la cuisson une certaine quantité d'albumine dissoute remonte à la surface de l'eau ; c'est ce qui constitue « l'écume », et en l'enlevant, on soustrait encore une partie de substances nutritives au bouillon, dont la valeur alimentaire est déjà des plus réduites puisqu'il n'est qu'une solution de sels, surtout de sels de potasse, et de substances extractives avec très peu de graisse et de gélatine. Il possède néanmoins la propriété d'exciter la sécrétion gastrique, et, agissant ainsi à titre d'aliment « pepsinogène » (Schiff), il est très utile aux hypochlorhydriques. — Voici un *bouillon nutritif* dont la formule de préparation m'a été indiquée par A. Robin : un kilo de bœuf maigre, un kilo d'os à jus (sans gélatine, ni graisse), un quart de litre de lentilles et tous les autres légumes comme d'ordinaire, mais en plus grande quantité ; laisser cuire dix heures avec l'eau nécessaire, passer le tout avec la purée de légumes résultant de la longue cuisson.

Le jus de viande a une valeur alimentaire très faible et comparable à celle du bouillon.

Le grillage et le rôtissage de la viande conservent à celle-ci une partie de ses éléments nutritifs.

La viande crue à l'usage des dyspeptiques, des malades et des tuberculeux (200 à 300 grammes par jour), est d'une rapide digestibilité, surtout chez les hyperchlorhydriques ; elle peut être utilisée chez les hypochlorhydriques sous forme de pulpe de viande que l'on obtient par son raclage avec le dos d'un couteau, ce qui permet de laisser toute la trame fibreuse (on pile dans un mortier et on passe au tamis).

Contrairement à ce qui arrive pour la viande, la cuisson fait absorber de l'eau aux légumes, elle gonfle l'amidon, détruit les parois cellulosiques mal attaquées par les sucs digestifs, et elle les rend plus facilement digestibles.

B. — *Rapport du régime et de la force musculaire.* — Le riche, et même le pauvre qui suit les mauvais exemples du riche, se nourrissent maintenant de pain blanc. Or, ce pain est d'autant moins nutritif qu'il est plus blanc ; et lorsque dans sa fabrication on élimine le son, on le prive d'une certaine quantité de gluten et de phosphates calcaires si utiles pour le développement des os. Magendie a prouvé que les chiens nourris de pain et de son vivent plus longtemps qu'avec le pain blanc. Celui-ci nourrit moins et constipe davantage, mais il convient mieux aux dyspeptiques.

On ne fait pas de la force musculaire avec de la viande, mais avec du pain et des graisses. Les grands mangeurs de viande prennent trop de principes azotés et pas assez de substances carbonées. Les bouillons, les gelées et les jus de viande pris en trop grande quantité apportent à l'organisme de la potasse et de la magnésie, substances qui lui sont inutiles. Les boissons alcooliques, loin de favoriser la digestion, agissent au contraire sur ses ferments en les rendant inertes, et il faut toujours se rappeler cet axiome en matière de régime alimentaire : on ne vit pas de ce qu'on ingère, mais de ce qu'on digère.

Par contre, les corps gras et le régime végétarien sont les générateurs de la force musculaire et les producteurs de la chaleur animale, ce grand moteur de la machine humaine. Les exemples abondent, comme on va le voir.

Dans la Grèce antique, on élevait les jeunes gens destinés à la profession d'athlètes, en les soumettant dès l'enfance à un régime composé de noix, figues, fromages, pain grossier, sans vins, ni boissons alcooliques.

En France, quels sont les hommes les plus forts et les plus vigoureux ? Ce sont ceux qui dans certaines régions (Corse, Limousin et Bretagne) font surtout usage de l'alimentation végétarienne.

Les chasseurs tyroliens mangent la graisse du bœuf qui leur donne plus de force que s'ils mangeaient sa chair. Le tunnel du Saint-Gothard a pu être percé grâce à la force résistante des ouvriers italiens, mangeurs de polenta.

Les bûcherons de la Forêt-Noire, très vigoureux, se nourrissent presque exclusivement de farines cuites dans du saindoux, en s'abstenant de viande et même de fromage. De même les coolies japonais transportent à grande vitesse des charges considérables, et l'albumine qu'ils consomment est empruntée tout entière au régime végétal.

En Angleterre, les ouvriers les plus forts venaient

Digitized by Google

du nord, du Lancashire et du Yorkshire quand ils se nourrissaient de pain, de pudding, de farine.

En Russie, il y a de rudes travailleurs qui peinent pendant seize heures par jour et qui ne vivent que de légumes, lait et pain noir. Les soldats polonais qui servirent pendant les guerres de l'Empire et qui ne se nourrissaient pas autrement, étaient d'intrépides et d'infatigables marcheurs.

Les ouvriers et bateliers égyptiens mangent des melons, oignons, fèves, lentilles, dattes et maïs. Il en est de même des porteurs d'eau et bateliers de Constantinople, des mineurs du Chili.

Aux Etats-Unis, le chemin de fer du Pacifique a pu être construit par des ouvriers chinois qui ne se nourrissent que de riz. Les habitants de l'Himalaya sont des hercules et n'ont pas d'autre nourriture. Il y a des peuplades hindoues qui se nourrissent exclusivement de riz, et qui arrivent à faire quinze à vingt lieues par jour pendant trois semaines.

C. — *Rapport du régime et du travail intellectuel.* — Plutarque s'exprimait ainsi : « Le manger chair donc non seulement est contre nature aux corps, mais aussi par satiété et par réplétion, il grossit et épaissit les âmes. A travers un corps tout brouillé et aggravé de viandes étranges, il est forcé que la lueur et la clarté de l'âme viennent à se ternir (1). » Il y a dix-neuf cents ans, Plutarque avait raison, et ce qui était de sa part une simple présomption ou le résultat de son observation, a été ensuite confirmé par les données scientifiques : *Le régime de la viande ne favorise pas le travail cérébral.*

En effet, c'est le phosphore contenu dans les aliments qui joue le principal rôle dans la nourriture intellectuelle. Or, la quantité d'acide phosphorique contenue dans les 100 parties d'aliments serait la suivante :

Aliments d'origine animale	
Chair de porc, de hareng et de veau	0,50
Fromage maigre	0,44
Chair de mouton, gibier, poule, pigeon, canard	0,40
Chair de bœuf gras	0,35
Aliments d'origine végétale	
Graines de fèves, pois, seigle, froment	1,45 à 0,92
Carottes, maïs, patates	0,69
Haricots et lentilles	0,52
Fleur de farine	0,45
Riz décortiqué	0,20

Ainsi, le régime végétarien assainit le corps et l'âme (*mens sana in corpore sano*). Il est aussi bien la nourriture des ouvriers de la terre que des ouvriers de la pensée. Contrairement à l'opinion commune, il ne surcharge pas l'estomac, puisque celui-ci est surtout préposé à la digestion de la viande et que la digestion des légumes s'opère principalement dans l'intestin.

Nous vivons dans un siècle de neurasthénie, maladie dont abusent certains médecins lorsqu'ils sont embarrassés sur le diagnostic, mais maladie de plus en plus envahissante. On en cherche toujours la cause, et toujours sur ce point se renouvellent les mêmes incertitudes, les mêmes affirmations ou dénégations entre Hippocrate et Galien. Or, en m'appuyant sur des expériences de vingt années, je suis en mesure d'affirmer que le grand coupable est l'abus du régime carné, si riche en toxines vaso-constrictives et musculaires, et que le meilleur moyen de porter remède à cette maladie, c'est d'instituer un régime lacto-végétarien peu riche en nucléines et toujours sédatif du système nerveux. Certaines insomnies rebelles cèdent encore à l'emploi de ce régime alimentaire, et j'ai vu dormir des malades privés de sommeil depuis longtemps, lorsqu'on avait soin de leur faire prendre le soir un repas composé d'un potage maigre, de laitage, d'œufs frais et surtout de légumes. La viande est un excitant cérébral et musculaire ; par son abus, elle déprime le cerveau et les muscles, elle n'est pas un aliment toujours tonique. Comme on le voit, nous sommes loin du traitement de la neurasthénie par la suralimentation.

Longévité humaine par le régime végétarien mixte. — Celui qui fait peu d'exercice doit peu manger. S'il mange trop, il est guetté par l'apoplexie, la goutte, la gravelle, le diabète, l'obésité. Donc, il faut beaucoup d'exercice musculaire pour les hommes de bureau, les penseurs, les hommes d'affaires, d'autant plus qu'on digère peut-être, comme Chomel l'a dit, autant avec ses jambes qu'avec son estomac, et que l'exercice musculaire est un important moyen d'élimination toxique.

En dehors des saints et des Pères de l'Église, de l'apôtre Jean, de l'ermite Paul, de saint Antoine, qui moururent à quatre-vingt-dix-huit, cent cinq et cent treize ans, des Trappistes et des Chartreux qui succombent presque tous dans une vieillesse très avancée, on peut citer des exemples remarquables de longévité.

Au XVIIe siècle, le célèbre Cornaro, qui écrivit son histoire à quatre-vingt-six ans (1), mourut bien au-delà de cent ans, après s'être soumis au régime végétarien le plus sévère, lequel lui avait été inspiré par une maladie grave due à l'intempérance alimentaire.

(1) *Traduction d'Amyot.*

(1) *Discorsi intorno alla vita sobria. — La sobriété. Conseils pour vivre longtemps*, trad. Ch. Meaux-Saint-Marc, Paris, 1891.

Digitized by Google

J.-J. Rousseau parle de Patrice O'Neil, né en 1647 et mort en 1760, à cent treize ans, marié pour la septième fois : « Il s'est toujours nourri de végétaux et n'a mangé de la viande que dans quelques repas qu'il donnait à sa famille. »

Beaucoup de grands penseurs et d'écrivains ont été des végétariens pendant un temps plus ou moins long, ils sont morts le plus souvent dans un âge avancé et parmi eux on peut citer : Newton qui mourut à quatre-vingt-cinq ans et qui, en composant son *Optique*, se nourrissait de pain, de légumes et d'eau ; Fontenelle et Chevreul qui vécurent cent ans et davantage ; Montyon, Bernardin de Saint-Pierre, Franklin, Voltaire, J.-J. Rousseau, Michelet, Lamartine.

Le régime végétarien fait vivre plus longtemps, parce qu'il n'use pas l'organisme et aussi parce qu'il confère l'immunité pour certaines maladies, tandis que le régime contraire, comme je l'ai dit plus haut, les provoque en grand nombre. Le choléra et la fièvre jaune épargneraient les végétariens, mais cela n'est pas scientifiquement prouvé. La sclérose artérielle, un grand nombre de maladies cardiaques, d'affections rénales et hépatiques se développent sous l'influence de l'intoxication alimentaire.

D. — *Influence du régime alimentaire sur le moral.* — Neuf cents ans avant Jésus-Christ, Homère nous dépeint la férocité des Cyclopes, mangeurs de chair, et la douceur des Lotophages, mangeurs de lotus.

J.-J. Rousseau dit que les peuples « grands mangeurs de viande sont en général plus cruels et plus féroces que les autres ». Il ajoute que tous les sauvages sont cruels et que cette cruauté leur vient bien moins de leurs mœurs que de leurs aliments, idée à peu près reproduite par Lamartine :

De cruels aliments incessamment repus
Toute pitié s'efface en leurs cœurs corrompus.

Plus près de nous, Bertillon a constaté par des statistiques précises le haut degré de criminalité chez les peuples qui abusent du régime carné. « Une cause commune du penchant au crime chez l'homme et chez les bêtes, dit Lombroso, est l'usage de la viande. »

Tout dernièrement (1), l'auteur d'un article sur le régime végétarien, me faisant l'honneur d'adopter presque toutes les idées que je professe à ce sujet, rappelle que les physiologistes et les médecins ont fait souvent la remarque, non seulement à propos des animaux de laboratoire, mais aussi des hommes, que « les végétariens ont en général une émotivité et une sensibilité moindres, particulièrement à l'égard des traumatismes et des opérations chirurgicales, plus de passivité que les carnivores ». Et il rappelle à l'appui les faits de résections et de laparotomies supportées patiemment et avec l'expression d'une douleur modérée, en l'absence d'anesthésie, par les Tonkinois et les Chinois, ceux de mutilations que s'infligent les fakirs hindous, lesquels ne mangent rien de ce qui provient d'un animal. Sans doute, la nature spéciale de la race, l'auto suggestion et la folie religieuse jouent un rôle, mais le régime alimentaire auquel ils se soumettent n'a pas une moindre importance.

L'observation sur les animaux semble prouver, dans une certaine mesure, l'exactitude de ces assertions. Les chiens de garde sont d'autant plus féroces qu'ils sont nourris avec de la viande crue. Les cochons nourris de la même sorte deviennent méchants et féroces, et c'est là l'origine de la défense faite aux Juifs par Moïse, ce grand hygiéniste, de se nourrir de la chair du porc, qui était morbigène, parce qu'alors il se nourrissait de résidus d'animaux.

E. — *Influence du régime alimentaire sur l'esthétique.* — L'abus du régime carné produit certainement des maladies cutanées et souvent une pâleur terreuse des téguments. Le régime végétarien donne de la fraîcheur et de l'éclat au teint.

Les filles de Capri sont gracieuses, aimables et gaies. Elles travaillent durement et ne mangent que des fruits et des légumes.

Dans l'histoire des Incas, on raconte que les aborigènes du Chili et du Pérou étaient des hommes superbes et doux. Les femmes gardaient une fraîcheur de jeunesse jusqu'au delà de leur soixantième année, époque à laquelle elles pouvaient encore devenir mères.

Edmond About dépeint ainsi, dans un voyage sur le Nil, l'aspect des rudes travailleurs le long des rives du fleuve :

« Nous étions émerveillés de leur beauté plastique : autant d'hommes, autant de statues. Les sculpteurs européens se plaignent de ne plus trouver de modèles; que ne vont-ils en chercher sur le Nil ? Antinoüs y garde les chèvres, l'Apollon du Belvédère, l'Achille et le Gladiateur y manœuvrent le chadouck, à raison de 40 centimes par jour. » Et le célèbre écrivain ajoute : « Les fellahs ne mangent que de la farine de maïs ou du sorgho, mal écrasé entre deux pierres (1). »

(1) *Bull. de thérapeutique*, 15 juillet 1902.

(1) C.-W. Hufeland. L'art de prolonger la vie, ou la macrobiotique. — E. Pivion. Le Régime de Pythagore. Paris 1885.

Digitized by Google

Tels sont les avantages du régime végétarien. Il date de bien loin, puisqu'il a été institué il y a plus de deux mille cinq cents ans par Pythagore, en raison de sa croyance à la métempsycose, puisqu'il a été au commencement de notre ère recommandé par Sénèque, pour éviter les « meurtres alimentaires ».

Sans doute, il n'est pas question ici de nous condamner au régime des Chartreux ou des Trappistes. Mais, au lieu de donner dans notre alimentation la prépondérance à la viande, il faut au contraire insister sur le régime végétarien *mixte*, composé de beaucoup de légumes et de moins de viande, car le régime végétarien exclusif est antiphysiologique, absolument comme le régime carné intensif dont nous abusons.

Le régime alimentaire devrait être ainsi réglé : le matin, du laitage (chocolat ou cacao au lait, par exemple, avec un œuf) ; à midi, un peu de viande et beaucoup de légumes, fruits ; le soir, un potage maigre, deux plats de légumes, peu ou pas de viande. Une tasse de café à midi. Pas ou peu de vin.

La distribution ou la composition des repas doivent être changées. Le matin, le déjeuner ordinairement n'est pas assez copieux ; le repas de midi devrait être le plus important, celui du soir le plus léger. Or, c'est le contraire que nous faisons dans les dîners en ville où nous nous empoisonnons en nombreuse compagnie. Les repas du soir doivent être très légers, si nous ne voulons pas ajouter l'intoxication alimentaire du soir à l'intoxication presque physiologique de l'organisme qui est à son maximum pendant la nuit.

Depuis quinze ans, j'observe rigoureusement moi-même toutes ces règles de régime alimentaire et j'affirme que je m'en trouve fort bien.

Je ne m'adresse pas, dans ces développements un peu longs et encore incomplets, à ceux qui veulent « la vie courte et bonne », mais à ceux qui veulent vivre longtemps et sainement. Du reste, à ceux qui cherchent dans leur nourriture moins la nécessité que le plaisir de vivre, il ne serait pas difficile de démontrer qu'avec le régime végétarien on peut obtenir des mets très variés et très succulents. Par conséquent, si l'homme veut continuer à s'empoisonner, à se tuer, au lieu de mourir, libre à lui. Mais les sages se rappelleront cette parole de Voltaire : « Régime vaut mieux que médecine. »

C'est presque la traduction libre de ce jeu de mots latin : *Modicus cibi, medicus sibi* (1).

(1) Extrait de la troisième édition des *Consultations Médicales*, sur le point de paraître (J.-B. Baillère, édit.)

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Laënnec. — M. le Dr Merklen

Les vieilles pleurésies suppurées

Un jeune homme de 22 ans, pâle et amaigri, entre dans le service de M. le Dr Merklen, se plaignant d'une dyspnée ancienne remontant à plusieurs années. Il y a cinq ans, a eu une hémoptysie, aujourd'hui il présente à la fois des signes de tuberculose et une lésion pleurale, de détermination malaisée.

Les signes de tuberculose consistent en une induration du poumon droit. En avant et dans la région sous-claviculaire, le son est mat, la respiration soufflée.

En arrière et dans toute la hauteur le son est mat ; il n'existe pas d'égophonie, ni de modification de timbre de la voix ; le murmure vésiculaire est diminué ; on ne constate pas de respiration soufflée. La mensuration révèle une diminution de volume du thorax ; le sternum n'est pas dévié ; par contre il existe un abaissement marqué du foie. Pas de fièvre.

De quelle maladie peut-il s'agir ? M. Merklen songe ou à une pleurésie chronique enkystée avec rétraction du poumon, ou à une pleurésie ancienne suivie de symphyse pleuro-viscérale. En faveur de la symphyse pleurale plaident l'absence d'égophonie, la diminution du murmure vésiculaire, l'absence de respiration soufflée et l'intégrité de la paroi thoracique sans déviation du sternum. M. Grancher accorde une grande importance à l'amplitude de l'incursion thoracique dans la symphyse pleuro-viscérale ; ce dernier signe n'est pas observé dans le cas présent. Le malade respire vite ; il est dyspnéique ; mais ses inspirations sont courtes.

Il est deux signes toutefois de valeur inégale en faveur de l'épanchement pleural ; le son dans la symphyse pleuro-viscérale se montre d'ordinaire normal ; ici il est très mat ; cette matité peut être liée à l'état de rétraction du poumon sous-jacent. M. Merklen n'insiste pas sur ce signe. Il attache plus de poids à une seconde constatation : l'abaissement du foie. Pourquoi le foie serait-il abaissé s'il n'était refoulé en bas par un épanchement intra pleural ?

Il y a donc doute pour le diagnostic. Les hésitations ne seront levées que par la pratique d'une ponction exploratrice. On y recourt le lendemain ; il sort du pus. C'est donc d'une pleurésie suppurée ancienne qu'il s'agit. L'origine de cette pleurésie, en dépit de l'examen bactériologique du liquide qui reste négatif, semble bien être de nature tuberculeuse : l'état du poumon notoirement tuberculeux ne laisse guère de doute à cet égard. Quel traitement tenter ? L'empyème ? Il donnerait de mauvais ré-

Digitized by Google

sultats. La poche est calcifiée, reviendrait difficilement sur elle-même. Pratiquer l'empyème, c'est exposer le malade à une suppuration interminable. La mort ne tarderait pas. En pareil cas le traitement de choix, ce sont les ponctions suivies d'injections modificatrices. La liqueur de Van Swieten a été employée dans ce but aux doses de 2 à 3 cent. cubes. M. Merklen préfère le naphtol camphré. Deux ponctions sont pratiquées à une dizaine de jours d'intervalle ; par la première on retire 70 grammes de pus ; la seconde en laisse évacuer 320 grammes. Deux injections de naphtol camphré, la première de 1/2 cent. cube, la seconde de 2 cent. cubes sont pratiquées dans la plèvre, le liquide étant abandonné dans la cavité. Il n'y a pas eu de réaction fébrile consécutive à ces injections et le malade va mieux. Guérira t-il ? Ce n'est pas impossible ; mais il faudra des mois pour que les parois crétacées de la poche arrivent à se rapprocher et à fermer la cavité suppurante.

Formulaire du Praticien

Les accidents généraux causés par le froid

A l'entrée de chaque hiver, des accidents sont signalés. Il ne fait pas très froid encore et cependant des gens succombent. La fatigue, l'épuisement, l'alcoolisme sont les principales causes du peu de résistance qu'opposent les sujets. La mort survient du fait de la congestion pulmonaire ou de la syncope. Parfois un autre mécanisme (1/5 des cas) est en jeu : congélations partielles, thromboses veineuses, embolies capillaires dans les capillaires du poumon, ou simplement résorption de matières gangréneuses. On observe aussi de l'anasarque chez les sujets qui réchappent, un anasarque *a frigore*, sans albuminurie, lié à la paralysie des vaso-moteurs.

Le traitement consiste dans *le réchauffement lent et graduel*, dans le but d'éviter les réactions trop brutales et les troubles circulatoires consécutifs (surcharge du cœur droit, congestions, etc.). Des frictions avec de la neige, des frictions sèches, à condition que celles-ci soient pratiquées doucement au niveau des extrémités seront pratiquées, le malade étant transporté dans un lit sec, mais non chauffé (Manquat). Un peu plus tard, on recourra aux frictions aromatiques :

Baume Fioraventi.....	ãã 50 grammes
Alcool camphré.....	
Teinture de noix vomique...	25 —

Un groog au rhum, à peine tiède, sera administré, dès que le malade pourra avaler. Des sinapismes et des ventouses sèches combattront la congestion pulmonaire. Le malade devra s'efforcer de bouger, de faire quelques mouvements.

Dans les cas plus graves, les tractions rythmées de la langue, les ventouses scarifiées, voire une saignée générale (150 gr.) seront utilis es. La dilatation du cœur droit sera combattue par des injections sous-cutanées de caféine :

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	3 grammes
Eau distillée, Q. S. pour....	10 cent. cubes

3 injections par jour.

Contre les accidents liés aux gangrènes partielles, le traitement ser symptomatique.

L'anasarque *a frigore* n'est pas une complication grave. Le régime lacté et le repos au lit en viennent aisément à bout.

Le soir, on fera transpirer le malade à l'aide de frictions à la pilocarpine sur la poitrine :

Nitrate de pilocarpine	0 gr. 05
Vaseline.....	50 grammes

Entourer de coton et de taffetas gommé. Au bout de quelques heures, le coton étant imprégné de sueur, on le remplace par du coton sec.

Le lendemain matin, purgatif :

Scammonée.....	0 gr. 25
Calomel.....	0 — 10

P. 1 paq.; f. 2 paq. semblables.
A donner à 20 minutes d'intervalle.

Le surlendemain, potion diurétique ;

Oxymel scillitique	30 grammes
Ether nitrique alcoolisé.....	10 —
Infusion de baies de genièvre.	100 —
Sirop cinq racines.....	50 —

Une cuillerée toutes les heures.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le lait en poudre. — *Scientific American* (19 juillet 1902) décrit ainsi qu'il suit la préparation du lait en poudre réalisée à New-Jersey par la National Nutrient Co qui vend son produit sous la dénomination de *Nutrium*.

Le lait est pompé dans un grand récipient rond en cuivre dans lequel il est agité et chauffé au moyen de souffleurs à air stérilisé, après quoi il passe dans quatre récipients rectangulaires de concentration. Ces derniers récipients sont pourvus d'une circulation d'eau chaude à l'extérieur et d'un serpentin à l'intérieur; des ajustages spéciaux permettent l'envoi d'air stérilisé au-dessous de la surface du lait. Le lait se réduit au seizième de son volume primitif ; à mesure que la concentration s'accentue, on diminue la température. A la fin de l'opération le lait concentré est rejeté dans une turbine qui donne une pâte que l'on fait sécher ensuite au contact d'air sec stérilisé et que l'on passe enfin au broyeur qui la convertit en une poudre ayant l'apparence de la farine de blé. C'est sous cette forme que le lait est empaqueté et expédié.

(Revue scientifique)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

PÉDIATRIE

La mort dans la chorée de Sydenham. — La chorée de Sydenham guérit dans la grande majorité des cas. C'est à peine si 2 à 3 fois pour 100 l'issue fatale survient. Il vaut mieux toutefois être averti de la possibilité de ces éventualités, ne fût-ce que pour ne pas être pris à l'improviste. Deux grandes causes entraînent la mort dans la chorée : 1° la chorée elle-même, par l'intensité de ses symptômes gesticulatoires ; 2° les lésions cardiaques dépendantes de la chorée. Comme le remarque, M. Richon *(Revue mens. des maladies de l'enfance,* octobre 1902), il convient de rappeler encore les morts qui sont le fait d'une complication vulgaire, (complications pulmonaires, phlegmons, septicopyohémie en relation avec les lésions tégumentaires produites par les mouvements désordonnés du malade et infectées secondairement).

Dans le premier cas (chorée pure) c'est la mort subite ou rapide par « épuisement nerveux » ? Quand les malades succombent par le cœur, c'est plus souvent du fait de l'asystolie terminale que par une complication d'un autre ordre (syncope, péricardite, embolie, phlébite rhumatismale).

La fin survient rarement avant l'âge de 12 à 14 ans et jamais avant 7 ans. Le maximum de la mortalité est constaté entre 14 et 20 ans, surtout dans le sexe féminin. M. Richon a observé dans le service de M. Bernheim et de M. Haushalter, à Nancy, trois décès chez des enfants de 6, 11 et 14 ans, sans qu'aucune complication viscérale survenue fournît la raison de la terminaison fatale. Une gesticulation violente, la chorée des muscles respiratoires (respiration irrégulière avec de courts arrêts, suivis de secousses diaphragmatiques très brusques), la stupeur bientôt suivie de coma, tels avaient été les signes dans 2 cas où la mort survint 11 jours et près de 2 mois 1/2 après le début des accidents. A noter que chez l'enfant où la mort fut ainsi retardée plus de 2 mois, l'aggravation ne se montra qu'au bout de ces 2 mois et ne se prolongea qu'une dizaine de jours. Bien que rapides, ces morts peuvent être dépassées dans la courte durée du mal, par d'autres issues fatales, presque foudroyantes celles-là. Telle une enfant de 6 ans. Indemne de tout antécédent rhumatismal et de toute atteinte choréique depuis deux ans, elle subit un ictus apoplectiforme à la suite d'un retour accentué des mouvements et mourut moins d'une journée après le début des accidents. L'autopsie montra une lésion valvulaire ancienne et un œdème sous-arachnoïdien avec notable épaississement des méninges de la convexité.

Des formes aussi rapides dans leur évolution ne sont pas fréquentes. Nous-même avons jadis publié dans la *Thèse de Triboulet* (1893) un cas de mort survenue en quelques jours chez une fillette.

Quelque temps avant la fin apparaissent des phénomènes prémonitoires caractéristiques : dyspnée subite, irrégularité des mouvements diaphragmatiques, petitesse et arythmie du pouls, pâleur et cyanose, haute température, délire, agitation, grande intensité des mouvements choréiques.

Ce sont là des formes cliniques qui, depuis Cadet de Gassicourt, avaient été rapportées au rhumatisme cérébral. On peut tout aussi bien considérer la chorée comme étant l'expression d'une atteinte infectieuse peut-être de tout le système nerveux. La forme gesticulatoire correspondrait à la prédominance des localisations médullaires ; la forme délirante, compliquée d'ictus et de mort subite, indiquerait la participation des centres supérieurs.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, le praticien observera, dans les cas de mort par chorée, la fréquence des lésions valvulaires de la mitrale. Cinq fois sur huit observations suivies d'autopsies (Guillemet), la lésion endocardique existait, prévue ou non par l'examen clinique. Deux fois M. Richon a constaté la fine collerette de végétations qui caractérise l'endocardite rhumatismale, une fois seulement la valvule était simplement épaissie. Dans ces trois cas de chorée pure, le rhumatisme n'était pas signalé comme antécédent morbide. Dans trois autres cas où la mort survint plus ou moins tardivement, l'endocardite n'a pas manqué une fois, elle accompagnait des manifestations rhumatismales avec phlébite ; une autre fois elle existait sous forme de rétrécissement mitral ; dans un dernier cas, elle avait un caractère végétant anormal.

Ces faits entraînent une conséquence pratique : en présence d'un enfant atteint de chorée, quelles que soient les chances de guérison, toujours très probable, ne pas affirmer celle-ci avec trop d'assurance si dès le début les gesticulations sont très violentes et atteignent les mouvements respiratoires; car l'enfant peut présenter rapidement des phénomènes cérébraux très marqués (refus d'alimentation, convulsions, coma) et mourir en quelques jours, voire en quelques heures.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

L'ictère émotif. — L'ictère émotif a été connu dans la plus haute antiquité. Dans ces dernières années, Potain, Chauffard, Debove, s'en sont occupés. Ce dernier distingue deux catégories d'ictère émotif : les uns instantanés ou rapides, les autres tardifs. M. le Dr Adda consacre un mémoire intéressant à l'étude de cette question (*Th. Paris*, 1902). L'ictère émotif se montre surtout à la suite d'une émotion vive et subite (accès de colère, frayeur), chez les personnes nerveuses et impressionnables (femmes hystériques, au moment de la menstruation, alcooliques, etc.) Le début en est brusque et suit immédiatement l'émotion, ou bien il est retardé de quelques jours. Entre l'émotion causale et l'ictère consécutif, le malade présente des symptômes d'embarras gastrique : perte de l'appétit, diarrhée ou constipation, céphalalgie, courbature. Dans ce dernier cas, c'est l'embarras gastrique qui crée l'ictère après avoir été lui-même provoqué par l'émotion initiale. Tandis que l'ictère émotif immédiat est léger et ne dure guère plus de 6 à 8 jours, l'ictère secondaire à l'embarras gastrique est plus sérieux et présente les caractères de l'ictère catarrhal ordinaire. La transformation en ictère grave est possible chez les débilités.

La pathogénie de l'ictère émotif primitif a été diversement interprétée. Tour à tour on a fait intervenir le spasme biliaire, la paralysie, l'hypersécrétion biliaire. La paralysie, comme cause d'ictère émotif, n'est guère acceptée : il s'agirait d'une paralysie des canaux excréteurs de la bile, d'où stase et stagnation de la bile, ictère par résorption. Plus rationnel semble-t-il d'admettre à la fois le spasme et l'hypersécrétion biliaire. Quant à la théorie de Liebermeister, perte de la propriété qu'aurait la cellule hépatique de retenir la bile formée par elle, et passage de cette bile dans le sang et la lymphe (ictère acathectique), c'est là une théorie ingénieuse, mais hypothétique et nullement expérimentée.

Le traitement sera celui de tous les ictères : pour l'ictère précoce suffiront l'hygiène rigoureuse, le régime lacté, l'eau de Vichy, les purgatifs salins. Dans l'ictère émotif secondaire, on prescrira en outre le salicylate de soude.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la fièvre typhoïde par la fleur de soufre. — En 1901, un médecin anglais, Richmond, a insisté sur l'action efficace du soufre sublimé, combiné avec de la poudre de Dower dans la dysenterie. D'autres praticiens ont confirmé ces heureux résultats. Le Dr Wrochilsky (Odessa), a fait des expériences sur plusieurs cas de dysenterie et n'a eu qu'à se louer de cette association médicamenteuse : des malades qui avaient 40 garde-robes, après l'usage de ce médicament pendant deux ou trois jours, voyaient une frappante diminution des selles (de 40, le chiffre était tombé à 10 et au dessous), un changement de leur aspect, et le ténesme était bien moindre. En même temps l'état général s'améliorait et la convalescence était activée. La combinaison avec la poudre de Dower n'était pas indispensable : prescrit seul, le soufre n'en donnait pas moins des résultats satisfaisants. Fort de ces données, notre confrère russe crut pouvoir administrer le soufre dans des cas de fièvre typhoïde ; dans cette maladie, comme dans la dysenterie, ne s'agissait-il pas d'une lésion de la muqueuse intestinale? Seulement le processus n'est pas le même : dans la fièvre typhoïde, il s'agit d'une infiltration des follicules clos et des plaques de Payer avec ulcérations de la partie terminale de l'iléon au niveau de la valvule iléo-cœcale ; tandis que dans la dysenterie on a une inflammation ulcéreuse de la couche glandulaire du gros intestin et surtout du rectum et de l'S iliaque.

Le soufre employé est le soufre en fleur ; il était ordonné à la dose de 1 gr. 25 toutes les deux heures, jusqu'à 10 gr. pour un adulte, et de 0,3 centigr. à 0,4 centigr. toutes les deux heures, jusqu'à 4 gr. pour un enfant.

Les malades le supportent très bien, même la dose de 12 gr. ne détermine aucun inconvénient. Au contraire, si une diarrhée existe auparavant, elle est toujours atténuée par le soufre, tellement qu'après un usage continu de quelques jours la constipation fait suite, tellement opiniâtre qu'elle doit être combattue par des lavements.

On a employé le médicament dans tous les stades de la maladie, tantôt au commencement, tantôt à la fin de la première semaine, d'autres fois enfin dans la deuxième et même la troisième semaine. Partout on a pu constater l'atténuation des phénomènes et la baisse de la température ; il semble donc que le remède est indiqué dans la fièvre typhoïde. On voit en effet dans plusieurs observations que la fièvre tombe le quatrième ou cinquième jour ; les malades qui font l'objet de ces observations, étaient presque toujours traités seulement par le soufre en fleur, d'autres recevaient en plus quelques bains, mais le nombre de ceux-ci était très limité.

Le remède est administré jusqu'au jour où se produit l'apyrexie complète, ce n'est qu'à ce moment qu'on est sûr que l'intestin a repris son aspect normal. Comment expliquer ces effets ?

On sait que le soufre absorbé passe par l'estomac sans être transformé, ce n'est qu'après son passage

Digitized by Google

dans l'intestin qu'il se transforme sous l'action de la sécrétion alcaline du foie et du pancréas en sulfures alcalins et hydrogène sulfuré. L'action favorable du soufre sur la muqueuse irritée, s'explique sans doute par la formation d'une couche protectrice, celle-ci empêchant le contenu irritant de l'intestin d'agir sur la muqueuse. Un effet salutaire d'un autre ordre peut encore être produit. Les dermatologistes utilisent en effet le soufre comme décongestionnant de la peau et reproducteur de l'épiderme. Produirait-il sur la muqueuse intestinale une action similaire?

Sous l'effet du remède les petits vaisseaux entreraient-ils en vaso-constriction et pourrait-on espérer une régénération de l'épithelium détruit? C'est possible; en tous cas on tiendra compte de l'action antiseptique du remède, celle-ci incontestable.

La physiol ogie est donc d'accord avec la clinique pour faire du soufre un remède qui mérite sa place dans le traitement de la fièvre typhoïde; on connaît du reste la valeur du médicament comme laxatif habituel dans certains cas d'entérite (entérite muco-membraneuse). — Dr Caramano.

HYGIÈNE

Influences de l'altitude, de la lumière, de la chaleur et du froid sur les échanges respiratoires. — En ouvrant une nouvelle mine en médecine, j'entends l'étude des échanges respiratoires, MM. Albert Robin et Binet mettent incessamment à jour des résultats curieux et toujours pratiques. Au dernier *Congrès d'hydrologie de Grenoble*, ils ont établi les variations des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la lumière, de la chaleur et du froid, et de ces notions posées à l'aide d'une documentation expérimentale et personnelle ont tiré des applications très utiles à la physiologie et la thérapeutique.

A-t-on assez discuté sur l'effet des altitudes. Les réponses étaient divergentes, les divers éléments qui composent le climat des altitudes réclamant chacun une étude dissociée et minutieuse, laquelle n'était pas faite dans les conditions désirables. Quelle part dans les résultats obtenus convient-il d'attribuer à l'altitude elle-même et quelle part à la température?

Les expériences de MM. Albert Robin et Binet ont jeté une clarté décisive sur le sujet. Un facteur constant des altitudes est la dépression barométrique: celle-ci ralentit immédiatement les échanges respiratoires, mais après une période d'accoutumance, ces derniers reviennent au taux normal que la ventilation pulmonaire plus active leur fait même dépasser dans certains cas. D'autres éléments entrent en jeu agissant dans le même sens: l'intensité lumineuse, l'abaissement et les variations brusques de la température, la suractivité des fonctions digestives sont autant de causes de stimulation. Elles activent les échanges respiratoires, de manière à compenser les effets de la raréfaction de l'oxygène.

Ces prémisses physiologiques conduisent à des conclusions thérapeutiques de haute importance. Le climat d'altitude stimulant habituel, des échanges respiratoires, conviendra donc à tous les malades dont les échanges gazeux sont en diminution. Tels les arthritiques, un grand nombre de dyspeptiques et de convalescents, les neurasthéniques, certains chlorotiques et anémiques (anémie paludéenne). En ce qui concerne les phtisiques et les prédisposés, une précaution s'impose: l'examen du chimisme respiratoire avant le départ et après une semaine environ de séjour, en sorte qu'on ne garde pas les phtisiques dont les échanges ont subi une accélération. Pareil danger n'existe pas chez les phtisiques arthritiques. C'est à eux surtout que conviendra le climat des altitudes. Inutile de dire qu'on n'y enverra pas les tuberculeux fébriles et à lésions avancées; chez eux la contre-indication est formelle.

La température froide ou chaude, humide ou sèche, sera l'objet d'indications ou de contre-indications assez nettes. Indépendamment de l'altitude, on peut dire en général que les climats froids et toutes conditions étant prises contre le refroidissement, conviennent aux phtisiques, les climats chauds et humides devant être déconseillés en principe. Quant aux climats chauds et secs, leur action est variable. Tantôt ils augmentent les échanges respiratoires, tantôt ils les diminuent. Il est difficile d'établir une règle à l'avance. Ce sera affaire de tâtonnement et d'expérience. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que tout climat où la température est sujette à de grandes variations doit être complètement interdit.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De l'emploi du chlorate de potasse comme moyen préventif de certains avortements. — Il est certains cas d'avortement à répétition qui ne ressortissent ni à la syphilis, ni à une maladie infectieuse quelconque. L'existence d'une affection locale, métrite, déviation, ne peut être invoquée. De quoi s'agit-il donc? Le médecin constate des lésions de dégénérescence de la caduque et du placenta et ne sait à quelle cause les attribuer. Peut être en pareil cas faut-il invoquer l'existence d'une légère endométrite avant le mariage. La muqueuse utérine, comme le pense M. le Dr S. Rémy (*Revue Médic. de l'Est*, 1er septembre), mal préparée pour loger et

Digitized by Google

nourrir l'œuf, pouvant en outre être le siège de petites hémorragies interstitielles, laissera prendre racine aux premières villosités ; l'œuf se développera pendant quelque temps ; mais les villosités définitives, celles qui deviendront le placenta fœtal, ne trouveraient pas les conditions nécessaires à leur développement. L'œuf meurt, l'embryon peut se dissoudre, la matrice se débarrasse de son corps étranger. C'est entre le 5e et le 7e mois que se produira semblable accident.

Jadis James Simpson (*Clinique obst. et gynécol.*, 1874, p. 126, J.-B. Baillière, édit.) avait recommandé le chlorate de potasse dans les maladies du placenta. Il l'avait vu réussir dans beaucoup de cas où le repos n'avait pas été gardé par la malade. Dans un exemple une dame qui avait eu une longue série d'avortements, prit du chlorate de potasse et eut ensuite deux enfants vivants.

M. S. Rémy a administré le remède à trois dames. Leur histoire était la même : fausse couche dans les premiers temps de la grossesse, puis ensuite accouchement prématuré avec expulsion d'enfants morts : dans un cas un enfant donna quelques signes de vie. Dans les trois familles, même désolation de ne pas avoir d'enfant. Aussitôt les nouvelles grossesses reconnues par le retard de la menstruation, M. Rémy prescrivit du chlorate de potasse. Les trois grossesses évoluèrent simultanément et dans les meilleures conditions. Elles se terminèrent par la naissance d'enfants vigoureux.

Simpson prescrivait le remède à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour. M. Rémy ordonne le chlorate de potasse dès le début de la grossesse aux doses de 0 gr. 20 ; il continue ensuite l'administration du sel pendant toute la grossesse, et abaisse dans les derniers temps de la gestation la dose à 0 gr. 15. Avec ces doses, il n'a jamais observé d'inconvénients ni du côté de la mère, ni de celui de l'enfant. En Angleterre, M. le Dr R. Jordine (de Glascow) ordonne des doses plus fortes (0 gr. 60 3 fois par jour après le repas); le remède est pris pendant toute la durée de la grossesse, à partir de la fin du 3e mois. Les bons résultats que M. Rémy a obtenus avec des doses plus faibles, semblent rendre inutiles ces quantités plus fortes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'hydrocèle vaginale. — L'hydrocèle vaginale est justiciable d'une intervention lorsqu'elle est une cause de gêne pour le malade.

On peut ponctionner l'hydrocèle, ou la traiter par une méthode sanglante.

La ponction peut être simple ou suivie d'une injection modificatrice.

1° *Ponction simple.* — Cette opération est la chose la plus aisée du monde. La situation du testicule est exactement repérée par la palpation et l'examen de la tumeur à la transparence. Une légère douleur est perçue par le malade lorsqu'on pressera son testicule et en plaçant derrière la tumeur une flamme éclairante on percevra à l'endroit de la glande une ombre qui confirmera le premier renseignement. Il ne reste plus alors qu'à saisir délibérément l'hydrocèle à pleine main et à ponctionner d'un coup sec, mais peu profondément, avec un trocart muni d'une canule. Le lieu de la ponction, lorsque le testicule est en position normale, est en avant et en dehors. Souvent la bourse hydropique est tellement distendue qu'elle entraîne le raphé scrotal en dehors de la ligne médiane. C'est pourquoi il est bon de ponctionner un peu latéralement pour éviter à coup sûr de perforer du même coup la bourse saine. L'évacuation faite, un peu de collodion suffit à fermer le trou de la piqûre et le malade est immédiatement délivré de son infirmité, et sans s'aliter un seul jour peut reprendre ses occupations. Malheureusement la ponction simple permet la récidive, et si l'on veut borner là le traitement de l'hydrocèle, le malade devra s'astreindre à venir se faire reponctionner de temps à autre, tous les six mois, au moins toutes les années.

Nombre de malades préféreront une opération plus compliquée, si elle peut amener une guérison définitive. A cette fin on recourra soit à l'injection modificatrice, soit à une intervention sanglante.

2° *Ponction suivie d'une injection modificatrice.* — Par la même canule qui a évacué le liquide pathologique on injectera deux ou trois centigrammes de cocaïne dissous dans vingt centimètres cubes d'eau. Au bout de cinq minutes la vaginale est suffisamment anesthésiée.

On évacue la cocaïne pour injecter immédiatement après un liquide irritant. Parmi toutes les substances employées, chlorure de zinc, nitrate d'argent, teinture d'iode, celle-ci est généralement préférée. La teinture d'iode à injecter doit être non point diluée, mais absolument pure. Tandis que la vaginale est baignée de liquide, on malaxe doucement le testicule ; cinq minutes de cette opération suffisent à obtenir l'irritation voulue. La teinture d'iode sera évacuée autant que possible totalement par la canule restée en place, sans qu'il y ait lieu d'ailleurs de s'inquiéter de quelques gouttes de liquide qu'on pourrait laisser dans la séreuse.

Immédiatement après l'injection iodée le malade souffre généralement beaucoup, mais la douleur disparaît vite, en une heure l'orage est passé. La réaction inflammatoire, par contre, dure beaucoup plus. Les jours suivants le liquide reparaît en abondance, il faut coucher le malade et mettre ses bourses sur

Digitized by Google

une planchette ouatée. On comptera en moyenne sur une huitaine de jours avant que le malade puisse se lever. La guérison complète exige deux semaines. Presque toujours, toujours même disent certains auteurs, cette guérison est définitive. Les deux feuillets de la séreuse sont accolés et une récidive ne peut avoir lieu.

Ce traitement est un peu plus long, mais simple ; il reste le procédé de choix lorsque privé d'un matériel suffisant l'on ne veut pas prendre le bistouri en main. Mais on comprendra également que lorsqu'on se trouve dans un milieu favorable pour opérer, on préfèrera à l'injection iodée l'intervention chirurgicale que nous allons maintenant décrire, car cette intervention amène une guérison aussi rapide, et cette guérison est sûrement obtenue après une seule opération.

3° *Intervention sanglante.* — La résection de la vaginale et le retournement de la vaginale sont les deux seules méthodes entre lesquelles on puisse hésiter. On tend à préférer le retournement, et voici pourquoi : c'est une opération beaucoup plus simple que la résection et qui offre beaucoup moins de chance d'hématome. L'hématome est en effet la complication la plus fréquente et la plus sérieuse de la cure des hydrocèles. Dans le retournement on touche peu à la vaginale, on s'exposera donc peu à la faire saigner ; dans la résection on coupera forcément des vaisseaux, il faudra pratiquer une hémostase, et cette hémostase est rarement parfaite.

Pour faire le retournement de la vaginale il suffit d'un matériel très restreint. Un bistouri, quelques pinces hémostatiques, une aiguille de Reverdin et du catgut fin.

On incise sur la partie antérieure de la bourse rendue saillante sur une longeur de quatre à cinq centimètres. L'incision intéressera tous les plans sauf la vaginale.

D'un coup de bistouri on ponctionne franchement la vaginale, le liquide de l'hydrocèle s'écoule. Par l'orifice de la vaginale les doigts vont chercher le testicule pour l'amener au dehors des bourses ; on ramène ensuite la glande dans une petite loge celluleuse créée aisément dans les parois des bourses d'un coup de pouce. La séreuse viscérale perd ainsi contact avec la séreuse pariétale. Plus de séreuse, plus d'hydrocèle. Il suffira de recoudre les lèvres de l'incision au crin ou au catgut, de faire un pansement compressif. Le septième jour le malade peut se lever.

Le retournement, intervention simple, à la portée de tous les praticiens, est donc une opération de choix. L'âge même du malade que l'on donnait autrefois comme une indication de la ponction, devient au contraire une indication de la méthode sanglante puisque cette dernière permettra au malade de se lever plus tôt.

En résumé, on fera la ponction simple lorsque l'on ne voudra pas aliter le malade ; l'injection iodée, si le milieu ne permet pas de faire une asepsie satisfaisante ; et le retournement, quand on aura toutes ses aises et que le malade demandera une guérison qui soit d'emblée radicale. — L. A.

RHINOLOGIE

Injections esthétiques de parafine. — Rien de plus attristant qu'un nez en pied de marmite ou qu'une joue effondrée par l'ablation d'une portion du maxillaire supérieur.

Pour ces disgrâces auxquelles la chirurgie classique ne peut rien, il semble qu'il y ait cependant un remède dans l'injection sous-cutanée de parafine.

Afin de rendre une forme esthétique aux parties défaillantes de certains organes, on avait eu d'abord recours à des injections de vaseline. Mais la vaseline avait de nombreux inconvénients : elle ne constituait pas aux téguments une charpente assez résistante, elle se résorbait peu à peu (H. Meyer), enfin elle fut suspectée de donner des embolies pulmonaires (Pfannenstiel). Aussi la vaseline est-elle abandonnée aujourd'hui. La parafine n'a aucun des inconvénients de la vaseline ; mais son introduction présente une difficulté spéciale. Lorsqu'on l'injecte lentement, elle se solidifie rapidement dans la seringue et surtout dans l'aiguille. Dowine (*British Medical Journal*, novembre 1902) propose le procédé suivant pour résoudre cette petite difficulté. Sur l'aiguille il enroule quelques épaisseurs de gaze mouillée entourée elle-même d'un fil de cuivre fin résistant. Pour chauffer l'aiguille il suffit de faire passer un courant électrique dans le fil de cuivre. Celui-ci rougit, la gaze mouillée s'échauffe par contact et l'aiguille est portée à une douce température dans un véritable bain de vapeur.

L'injection de parafine n'est pas très douloureuse en elle-même. Elle peut l'être encore moins si l'on a soin d'injecter au préalable quelques gouttes d'une solution de cocaïne.

La solidification de la parafine se fait très vite dans les tissus ; la cure est donc radicale et instantanée. Est-elle durable ?

Ce n'est pas sans appréhension qu'on introduit en général un corps étranger dans les tissus. L'expérience montre pourtant que cette crainte ne doit pas être trop exagérée.

Dowine (*loc. cit.*), Eckstein (*Deut. Med. Woch.*, 32, 1902) dans leurs dernières observations n'ont jamais relaté de cas d'infection ou d'élimination de

Digitized by Google

la parafine, et la seule précaution qu'ils aient prise dans leurs opérations fut d'agir avec une asepsie rigoureuse.

Les plus vieilles observations que nous connaissions de prothèse par la parafine ne sont pas fort anciennes (un an en général). L'avenir donc seul nous dira si les résultats de cette prothèse sont aussi durables qu'ils sont élégants. — A.

TOXICOLOGIE

Les survies dans les empoisonnements par l'atropine. — Contrairement à ce que l'on pourrait croire tout d'abord, les empoisonnements par de hautes doses d'atropine ne sont pas toujours mortels. Manquat (*Thérap.*, 1895, t. II., p. 618) cite d'après Monteverdi l'histoire d'un enfant de 3 ans. Il survécut à l'ingestion d'une dose de 0,05 de sulfate d'atropine. Le Dr Selo (*Munch méd. Wochens*, 26 nov. 1901) relatait, l'an dernier, une observation de même ordre. Appelé auprès d'un enfant de 11 ans, assez chétif, qui avait absorbé, 3 heures auparavant, 10 gr. d'une solution de sulfate d'atropine à 1/200 soit 0,05 environ, il trouva le petit malade très agité, poussant des cris, en proie à des hallucinations de la vue. La face était pâle, le pouls très rapide. Un lavement de chloral procura un calme relatif de deux heures, puis l'agitation reprit et dura en tout une quinzaine d'heures. Il persista pendant quelques jours des douleurs de tête et de la sécheresse de la gorge.

M. le Dr Collomb rapportait récemment un succès obtenu dans les mêmes conditions (*Revue médic. de la Suisse Romande*, 20 octobre 1902). Une jeune fille de 12 ans, soignée pour une kérato-conjonctivite phlycténulaire, se trompa un jour de flacon: voulant absorber un sirop médicamenteux, elle avala 10 à 12 gr. d'une solution de sulfate d'atropine à 1/200, soit de 0,05 à 0,06 de ce sel. L'enfant venait de dîner. On s'aperçut aussitôt de l'erreur, on donna à l'enfant du lait et de l'eau albumineuse, on tenta de la faire vomir. Appelé un quart d'heure plus tard et n'ayant pas sous la main de quoi vider l'estomac, M. Collomb prescrivit 3 paquets de 0,50 de poudre d'ipéca. Des vomissements abondants survinrent, mais seulement 20 à 25 minutes après l'ingestion de la substance toxique. Bien du temps s'était déjà passé. En effet, l'enfant tomba peu à près dans la prostration et la stupeur. Le pouls monta à 130 et 140, la respiration devint rapide et courte, la gorge très sèche. M. Collomb administra quelques cuillerées de café fort et chaud et d'une solution iodo-iodurée. Bientôt survinrent des gesticulations, des cris, des hallucinations de la vue, les urines s'échappèrent sous la petite malade. Quatre heures plus tard, le pouls reprit un peu d'amplitude et l'agitation céda. Vers le matin, sauf un peu de fréquence du pouls (120) et une certaine sécheresse de la peau, tout était rentré dans l'ordre.

Soit trois cas où des enfants ont pu prendre, sans y succomber, une quantité d'atropine correspondant au moins à cinquante fois la dose maxima d'un adulte. Les enfants présenteraient-ils une tolérance spéciale à l'égard de cet alcaloïde ? Labbée affirme avoir vu chez eux des accidents avec des doses insignifiantes, Quoi qu'il en soit, dans les cas de guérison on a cru pouvoir attribuer cet heureux effet à l'emploi de la morphine, considérée comme antagoniste de l'atropine. L'observation de notre confrère suisse montre que sans grands remèdes et sans morphine, la guérison peut être obtenue. La bonne nature s'est chargée très rapidement de la cure. En sorte que, dans les cas où la survie a été attribuée à la morphine, on peut se demander si la guérison n'a pas été obtenue plutôt malgré la morphine et ses succédanés dans l'espèce (ésérine, pilocarpine) ; l'usage de ces soi-disant contre-poisons n'a pas tué le malade, c'est tout ce qu'on peut dire.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance inaugurale dans les nouveaux bâtiments de la rue Bonaparte. A 3 heures, M. Loubet fait son entrée escorté de M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique. M. Riche, président, prend la parole. Il fait l'historique de l'Académie à la recherche d'un domicile régulier depuis quatre-vingt-deux ans. Le débit du président est modeste et sympathique; la forme sobre, claire, précise, dénuée de tout apprêt académique, ne fait pas disparate dans une salle édifiée pour des hommes de science. Tous nos compliments à l'orateur, qui a fait preuve de mesure et de goût.

M. Jaccoud lui succède. C'est toujours l'art infini du diseur, la mimique juvénile, les ressources d'une voix riche en inflexions éloquentes. Dans un style poétique et fleuri, le Secrétaire perpétuel rappelle le passé de la noble Société. Un beau mouvement oratoire le lance dans la glorification des découvertes modernes. Est ce une erreur de notre part? Nous n'avons entendu aucun des noms qui ont révolutionné la science du XIXe siècle. Pas un mot de Laënnec, pas un mot de Claude Bernard, pas un mot de Pasteur : « Laënnec, qui a conquis un monde, l'auscultation; Claude Bernard, qui a exploré un monde presque nouveau, la physiologie; Pasteur, qui a découvert le grand monde des infiniment petits et qui a marqué une ère nouvelle, l'ère pastorienne, dans l'étude et la pratique de la science médicale (1). »

Ces trois hommes, dont le génie rayonne sur toutes

(1) Huchard. *Journal des Praticiens*, 1900.

Digitized by Google

les découvertes modernes, n'ont pas eu, de la part de M. le Secrétaire perpétuel, l'aumône d'une citation, non plus que Davaine, ce précurseur, et tant d'autres qui eussent été dignes d'être nommés.

M. Chaumié clôt la série des orateurs dans un discours d'une langue ferme et qui connaît la valeur des mots. Nous apprenons par lui un détail que beaucoup ignorent. C'est de Bonaparte que date l'injustice qui consiste à laisser l'Académie de médecine en dehors de l'Institut de France « où elle ferait, dit le Ministre, aussi bonne figure que celle des Inscriptions et Belles-lettres, ou celle des Sciences morales et politiques ».

A l'issue de la séance, M. Loubet, au milieu des applaudissements de l'assistance, attache au cou de M. Jaccoud la croix de commandeur de la Légion d'honneur. Ainsi récompensé de son zèle et de sa vigilance à organiser les séances de l'Académie, et à veiller à ce qu'elles soient toutes également remplies et jamais vides, M. le Secrétaire perpétuel, dans le cadre jeune, aux couleurs claires, que lui crée la salle des séances, ne pourra manquer d'apporter à ses fonctions un surcroît d'activité, de dévouement, et aussi un redoublement dans cette aménité avec ses collègues et cette courtoisie qui font le parfait Secrétaire perpétuel et assurent la prospérité d'une Académie. — K. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un cas de vomissements acétoniques. — M. Guinon. Fillette de 10 ans, ne se plaignant que de malaises vagues ; constipation, les jours suivants vomissements verdâtres, muqueux, abondants ; l'haleine répand une forte odeur d'acétone. La face est remarquablement rouge, les paupières, les pommettes, le front sont d'un rouge vif. Guérison avec lavements d'eau salée et injection sous-cutanée de 100 gr. d'eau salée.

C'est M. Marfan qui a tenté d'isoler ce type de vomissements. L'urine renferme de l'acétone. La persistance des vomissements peut amener une dépression accusée. Comme traitement, M. Marfan recommande l'eau sucrée glacée, voire du lait très dilué. L'usage de ces boissons n'exagère pas les vomissements. L'auteur ne met pas les vomissements sous la dépendance de l'acétonémie. Il les considère tous deux comme dépendant d'une cause supérieure que nous ignorons.

Complication rare du tabes. — M. P. Merklen et Heitz. Femme de 24 ans. Crises gastriques tabétiques compliquées d'œdème hémorragique aigu de la face ; chute consécutive des dents et nécrose du maxillaire inférieur.

Ictère chronique acholurique congénital. — M. Widal. Homme de 29 ans, atteint de subictère depuis sa naissance. Intégrité de la santé générale et des fonctions digestives. Les urines ne renferment pas de pigment biliaire, mais le sérum sanguin contient de l'urobiline vraie.

L'adrénaline dans l'hémoptysie. — MM. Renon et Louste. L'adrénaline en solution au 1/1000 à la dose de 10, 15, 20, 25 gouttes est susceptible d'arrêter les hémoptysies ; mais celles-ci peuvent reparaître et entraîner la mort, comme il est arrivé chez un malade. Le remède donne également de bons résultats dans les hématémèses. Les modifications de la pression artérielle sont variables et inconstantes.

La réaction méningée dans le zona. — MM. Chauffard et Troin. Dans le zona on peut trouver une lymphocytose rachidienne très nette ; celle-ci n'est pas constante. Sa présence, quand elle existe, indique une imprégnation toxi-infectieuse évidente du névraxe.

Paralysie faciale syphilitique. — MM. Thibierge et Ravaut. Femme de 19 ans atteinte de plaques muqueuses vulvaires ; brusquement paralysie faciale droite. Nombreux lymphocytes et quelques polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien.

Arthrite blennorrhagique. — MM. Vaquez et Laubry. L'examen bactériologique du liquide synovial peut être négatif ; en pareil cas le gonocoque se fixe dans les fongosités synoviales. Les auteurs donnent un exemple à l'appui.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'appendicite. — Toujours l'appendicite. Orateurs : MM. Poirier, Ricard, Walther, Richelot. — Interventionniste à outrance, M. Poirier. Temporisateur, M. Ricard. Opportuniste, M. Richelot : « Je ne comprends pas, dit M. Richelot, l'assurance avec laquelle on nie la gravité de certaines opérations ».

La déclaration est formelle. Qu'en pensera M. Dieulafoy ?

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Les engagements vis-à vis des Syndicats médicaux

Un jugement du tribunal civil de la ville de X. ., dans l'Isère, déjà assez ancien — il date du 21 juin 1900 — mais confirmé récemment par la Cour de Grenoble (6 mai 1902), donnera à réfléchir à ceux de nos confrères, s'il s'en trouve, qui s'estiment peu liés par les engagements qu'ils avaient contractés vis-à-vis du Syndicat de leur région. L'incident s'est déroulé dans une petite ville. S'étant réunis en vue de discuter le tarif à imposer aux Compagnies d'assurances contre les accidents, nos confrères de la localité avaient adopté, après entente commune, un chiffre d'honoraires précis, au dessous duquel ils s'engageaient à ne pas descendre, à savoir : 15 francs par déclaration d'accident et traitement du blessé. Un des médecins qui avaient adhéré à ce taux d'honoraires, ne crut pas devoir persévérer dans la décision prise. Il fit bande à part et consentit à une réduction. On lui offrait 10 francs par blessé. Il accepta. D'où, avec raison, protestations de nos confrères, mais protesta-

Digitized by Google

tions qui ne s'arrêtèrent pas à de vaines paroles. Ils portèrent plainte contre l'infidèle et lui réclamèrent des dommages-intérêts. En effet, tous les certificats d'assurances allaient à celui qui avait rompu le pacte. Avec la désertion il y avait préjudice indéniable. La trahison de l'un se doublait d'une diminution de clientèle chez les autres. Le dommage était évident. Au surplus, notre confrère était bel et bien enchaîné par les statuts du Syndicat. Il faisait partie de l'Association. Celle-ci étant considérée comme personnalité civile, par application des articles 1142 et suivants du Code civil, avait toute faculté de poursuivre, du moment que ses intérêts étaient lésés. Et la Cour de Lyon en jugea ainsi. Elle ne se borna pas à ce premier arrêt. Elle en édicta un second qui, cette fois, ne vise plus le médecin oublieux de ses engagements. Il concerne, cet arrêt, l'attitude défensive des confrères qui s'étaient entendus dans le but de créer le vide autour de leur rival. Ayant informé l'administration de l'hospice qu'ils cessaient toute relation avec un membre exclu, et qu'ils lui refuseraient leur concours, le cas échéant, la Cour jugea qu'une pareille menace dépassait les limites permises ; elle constituait en effet, vis-à-vis de l'administration, une véritable sommation d'avoir à supprimer le tour du médecin ainsi mis à l'index et de le congédier, sous peine de voir suspendu ou compromis le service médical de l'hospice. Une pareille démarche était abusive, déclara la Cour, elle ne pouvait être tolérée.

En sorte que les deux parties reçurent satisfaction. Le médecin exclu vit ses confrères taxés d'abus par la Cour, dans ce que le jugement appelle une vengeance par eux exercée à son égard ; les confrères abandonnés par l'ami de la première heure eurent le plaisir de le voir condamner à des dommages intérêts. Nous sera t il permis de ne pas nous réjouir du différend qui a amené un pareil résultat? Il est toujours regrettable de faire intervenir la justice dans des débats entre collègues. Ce n'est pas un collègue, objectera-t on, celui qui manque à la parole donnée. D'accord, il ne l'est pas au regard du public médical ; mais au point de vue de la clientèle, il appartient à la corporation quand même. C'est un collègue toujours, si peu scrupuleux se montre-t il dans ses procédés. Combien il vandrait mieux, en présence de contestations de cet ordre, au lieu de s'en référer aux tribunaux qui, jusqu'aujourd'hui, détiennent l'unique droit de sanction, de pouvoir s'en rapporter à un tribunal médical, exclusivement composé de confrères, qui jugera et en dernier ressort, à l'arbitrage duquel chacun serait tenu de se soumettre? Pareille institution n'existant pas, nos confrères de l'Isère n'ont eu d'autre ressource que l'appel aux Tribunaux. Et cela est regrettable.

BIBLIOGRAPHIE

Raccourcis de Médecine sociale et professionnelle, par le Dr Paul Berthod. — Paris, Vigot frères, 1 volume 455 pages, prix : 4 francs.

Dans ce volume, le lecteur trouvera des documents rapides sur nombre de questions à l'ordre du jour: enseignements de pratique médicale, problèmes d'hygiène. Notre confrère a traité tous ces sujets d'une plume alerte, renseignée et toujours claire.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La source Cachat

De toutes les sources d'Evian c'est la *Source Cachat* qui est, avec raison, la préférée des médecins et des malades. C'est la mieux étudiée au point de vue médical puisqu'elle est à peu près exclusivement employée dans le traitement à Evian.

La première analyse en fut faite par Tingry en 1807, la dernière par M. Willm, de Lille, en 1892.

Son bon goût et sa fraîcheur plaisent. Elle est bien aérée, légère et très agréable à boire ; sa pesanteur spécifique est de 1,008 et sa température de 12°. Débit à la minute : 596 litres.

L'observation clinique et l'expérimentation ont nettement établi qu'elle agit non seulement comme lavage, mais encore en produisant une suractivité des combustions élémentaires. Elle possède, en outre, une action élective sur les voies urinaires. Ce qui la caractérise, c'est sa légèreté et la rapidité avec laquelle elle traverse l'organisme qui en accepte et en débite sans peine des doses très élevées — jusqu'à 20 verres de 250 gr. par jour, pourvu que l'on ait pris soin d'habituer graduellement l'estomac à ce régime. C'est un diurétique puissant autant qu'inoffensif quand le filtre rénal a une perméabilité suffisante. Un médecin d'esprit résumait ainsi son action physiologique : « Elle n'agit pas par ce qu'elle apporte, mais par ce qu'elle emporte ».

Son action sur la nutrition générale, la facilité, l'innocuité avec lesquelles elle assure le lavage du sang, le déblaiement des voies urinaires la spécialisent : 1° dans la goutte chronique ; 2° dans toutes les maladies des voies urinaires : albumine, cystite, hématurie, lithiase rénale, néphrite, pyélo néphrite.

Nous ne consignons ici que les indications qui s'imposent par les remarquables résultats obtenus.

La Médication Phosphorée par
L'OVO-LÉCITHINE BILLON
Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les
TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 259, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique Tarnier. — M. le Pr Budin

Les enfants débiles (1)

Les progrès réalisés dans ces vingt dernières années n'ont pas seulement eu pour effet, dans les sphères de l'hygiène et de la thérapeutique, de sauver la vie aux nouvelles accouchées, en les préservant et en les sauvant des infections puerpérales. Les nouveau-nés en ont également profité. Que d'enfants jadis considérés comme perdus et qui survivent, se remettent, deviennent vigoureux et résistants ! Pour ne parler que des débiles, hier encore ils étaient condamnés à une mort presque fatale. Je tiens à vous montrer combien ce pronostic a perdu de sa gravité. Un enfant débile ne demande pas mieux que de vivre: que sa faiblesse soit combattue par les moyens appropriés dont nous allons parler, et des résurrections inespérées s'opèreront sous nos yeux.

Je commence par vous citer deux exemples ; vous venez de les voir dans nos salles.

Le premier a trait à un enfant né le 24 septembre. Il nous est adressé le 4 novembre par un médecin de la ville. Le pauvre petit être était pâle, décharné, grêle, n'avait que le souffle. Il pesait 2,000 grammes et sa température rectale était de 30°. Nous le montons dans une salle d'isolement, crainte qu'atteint d'une affection contagieuse, il ne vienne encore à infecter ses petits voisins. On le plonge dans les bains tièdes progressivement réchauffés. Ici, une remarque sur la température initiale du bain. Elle est au début de 1 degré supérieure à celle du corps. L'enfant avait 30°. On le plonge dans un bain à 31°, puis progressivement on élève la température de l'eau. On laisse l'enfant dans le bain vingt minutes; à la sortie, un résultat immédiat a été obtenu. La température du corps était remontée : au lieu de 30°, elle atteignait maintenant 34°.

A 1 heure de l'après-midi, second bain ; le bébé ayant 34° de degré de température, le bain est administré à 35°, puis élevé. A la sortie, la chaleur de l'enfant marque 37°.

Le soir, nouveau bain à 37°. A partir de ce troisième bain, l'hypothermie est définitivement réduite, La température de l'enfant oscille entre 36° et 37°, Il avait été placé dans une couveuse dont la température était de 25°. Une fois réchauffé, l'enfant qui ne tétait plus auparavant, consent à prendre le sein de la mère. Le premier jour, il but 310 gr., le second jour, 340, le troisième jour, 365. En sorte que, le petit être qui à son entrée pesait 2,000 gr., en pèse maintenant 2,385. Soit un gain de 38 gr. 5 par jour. La mère est une nourrice excellente et son enfant peut être considéré comme sauvé.

Un second enfant a guéri : il se trouvait dans des conditions analogues, quoique moins graves. Nous l'avions d'abord eu dans le service et il était sorti dans un état satisfaisant. pesant 2,650 gr. Au bout de quelques jours, sa mère le ramène. Les soins maternels avaient été loin de valoir ceux de la clinique. Le teint du bébé était pâle, les yeux excavés. L'enfant avait perdu 250 grammes et ne pesait plus que 2,400 grammes. La mère ayant très peu de lait, on soumet l'enfant à un double allaitement : celui de la mère et celui d'une nourrice. Le petit malade est placé dans une couveuse ; au bout de 7 jours, il a regagné 2,750 gr., donc une augmentation de 50 gr. par jour.

Ces résultats comportent une signification très encourageante ; ce n'est pas une rareté, en effet, qu'un enfant débile. Sur 1,000 morts d'enfants, on compte 171 débiles. C'est un chiffre et qui explique les tentatives et efforts déjà anciens de M. le Pr Tarnier. Le regretté Maître, s'occupant des enfants débiles, avait répandu l'usage des couveuses et insisté sur les résultats d'un gavage bien fait.

En 1895, me trouvant à la tête du service des enfants débiles, j'ai suivi la voie frayée par lui, en m'efforçant de la compléter et de l'améliorer de mon mieux.

C'est à ce moment que j'ai pu me rendre compte de la gravité qu'entraînait la débilité congénitale. L'abaissement thermique et la faiblesse du poids étaient les deux grands facteurs de la mort. Les enfants descendaient jusqu'à 30° de température, le poids pouvait être inférieur à 1,500 gr. Voici une série de chiffres qui vous renseigneront sur les risques de mortalité. Ils sont énormes :

Enfants débiles ayant :	Pesant	Mortalité
Moins de 32° de Tr.	moins de 1,500 gr.	98 0/0
Id.	de 1,500 à 2,000 gr.	97,5 0/0
Id.	plus de 2,000 gr.	75 0/0
Entre 32° et 33°,5	moins de 1,500 gr.	97,3 0/0
Id.	de 1,500 à 2,000 gr.	85 0/0
Id.	au-dessus de 2,000 gr.	67 0/0

Sur 1,114 enfants qui sont entrés dans le service de 1895 à 1898, 318, soit 28,5 0/0, présentaient semblable hypothermie. De ce total de 1,114 enfants, il convient de retrancher 284 nouveau-nés qui ont succombé dans les 48 heures après leur entrée, ou qui présentaient un tel abaissement de température, qu'on ne pouvait les considérer comme viables. Il en

(1) Par suite d'un malentendu, cette leçon a paru sous une forme différente, il y a 3 jours, dans un autre journal. La leçon que nous publions a été revue et corrigée par M. le Pr Budin. La Rédaction tient à l'en remercier.

Digitized by Google

restait donc 830. Ce chiffre considérable dit l'importance qui s'attache à la guérison de ces petits êtres et combien nos efforts doivent porter à rendre les statistiques moins sombres.

L'*hypothermie* crée le premier facteur de gravité, nous l'avons démontré par les chiffres qui précèdent. Mais d'autres causes interviennent qui, à leur tour, renforcent le danger.

La seconde est la *difficulté de l'alimentation*. Que de peines à nourrir les débiles! Si on leur donne trop de lait, ils ont des troubles digestifs, de la diarrhée, et meurent. Si on ne leur en donne pas assez, ils s'affaiblissent, se cyanosent et meurent encore. Dans les deux cas, c'est toujours l'issue fatale, celle-ci étant rendue plus aisée par les troubles digestifs fréquents qui sont déjà installés, lorsque les enfants viennent du dehors, sont apportés dans le service.

Une troisième cause de danger réside *dans le peu de résistance vis-à-vis de l'infection*. Ces petits êtres contractent avec une facilité déplorable des bronchites et des grippes. Devant l'assaut infectieux, l'effondrement s'opère. C'est la mort tout de suite. C'est ainsi que sur 830 débiles, nous avons compté 60 décès suite de grippe.

La quatrième cause de la mort *provient de la mère*. Celle-ci n'a pas de lait; l'enfant ne tétant pas, l'*excitation du mamelon manque*. La montée laiteuse ne s'opère pas. Rend-on les enfants à leur famille, et ils y rentrent quand ils arrivent à peser 2.800 à 3.000 grammes, tous les risques ne sont pas enrayés. Elevés au biberon, ils meurent dans la proportion de 41 0/0; alors qu'au sein, ils vivent d'ordinaire.

La mortalité des débiles rentrés chez eux et nourris au sein par une nourrice n'est, en effet, plus que de 15 0/0.

Voilà les quatre grandes causes de mortalité chez les débiles. Voyons comme nous sommes arrivés, sinon à les écarter complètement, au moins à les combattre avec un succès sur lequel j'appelle votre attention.

Occupons-nous d'abord du refroidissement. L'enfant entouré de boules sera placé dans une couveuse. La température de la couveuse ne sera pas trop élevée; au début on montait jusqu'à 32° et 35°. C'est trop. La chaleur de la couveuse ne doit pas avoir pour but de réchauffer l'enfant; elle doit avoir pour effet d'empêcher son refroidissement par la déperdition de la chaleur naturelle. En sorte qu'une température de 25° est suffisante. C'est celle que j'emploie dans mon service.

Le réchauffement de l'enfant ne sera pas opéré par la couveuse, mais par les bains. Ceux-ci seront administrés deux à trois fois par jour, d'une durée de 15 à 20 minutes, à une température légèrement supérieure à celle du bébé, et le degré thermique du bain sera progressivement élevé.

Il va sans dire que toutes les causes de refroidissement imposées par l'état des coutumes ou mœurs actuelles seront sévèrement proscrites. Tel le déplacement des débiles à la Mairie pour la déclaration de l'état civil ou à l'Eglise pour le baptême. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de présenter l'enfant à la Mairie, un certificat de la sage-femme ou du médecin suffit pour fixer son sexe. Mais que d'enfants succombent encore parce qu'on les a portés jusqu'à une Eglise éloignée et froide; et on l'a fait d'autant plus vite que, comme ils étaient très faibles, on craignait de les voir mourir tôt.

L'alimentation du débile ne pèchera ni par excès ni par défaut. Elle sera calculée d'après le poids de l'enfant et augmentera graduellement. Nous avons dressé à cet effet, dans notre livre : *Le Nourrisson*, des tableaux qui indiquent d'une façon mathématique les quantités de lait à donner aux débiles pesant au-dessous de 1.200 gr., de 1.200 à 1.500 gr., de 2.000 gr., de 2.400 grammes.

A partir du dixième jour cette règle peut être prescrite d'une manière générale : la quantité de lait administrée sera un peu supérieure au 1/5 du poids total.

De quelle manière atteindrons-nous la troisième cause de mortalité des débiles j'entends les risques de contagion infectieuse? Il n'est qu'un moyen d'y parvenir : l'isolement. Dès qu'une femme ou un enfant deviennent souffrants dans nos salles communes, nous les isolons, et nous évitons de ce fait bien des accidents.

Quant à la quatrième cause de mortalité qui se rattache aux difficultés de l'allaitement maternel, on y pourvoira par une double pratique. Le débile tétant avec trop de mollesse ou même ne tétant pas du tout, on ne le laissera pas au sein de sa mère; le lait ne monterait pas, l'excitation du mamelon faisant défaut. Le débile sera mis au sein d'une nourrice dont la montée laiteuse est déjà opérée en même temps que, et c'est la seconde pratique à suivre, la mère du débile donnera le sein à un nourrisson bien portant, de manière que la succion énergique de ce dernier crée l'appel à la montée laiteuse.

Remplies dans notre service, ces indications ont fourni des résultats remarquables.

Du 1er mars 1898 au 31 décembre 1901, 657 enfants débiles ont été soignés. Leur mortalité a été tout de suite abaissée dans des proportions très fortes. Si nous écartons du chiffre total, 79 enfants qui ont succombé dans les 48 premières heures, 74 le premier jour et 5 le second, sur lesquels, par conséquent, le traitement n'a pu avoir prise, nous trouvons une mortalité ainsi fixée :

Digitized by Google

En 1898 à	8 0/0
— 1899 à	17,8 0/0
— 1900 à	4 0/0
— 1901 à	4,8 0/0

Sur 579 enfants, 59 seulement sont morts, les autres sont sortis vivants et bien portants de l'hôpital; cela donne une moyenne de guérisons de 90 0/0. Des résultats aussi favorables ont été obtenus par quelques-uns de nos collègues.

M. le Dr Maygrier, après une mortalité de 19,40 pour 100, observée à Lariboisière, est bien vite descendu à des chiffres approchant des nôtres. A la Charité, il ne compte plus que 11,5 0/0 de décès.

Ce sont là des succès d'autant plus décisifs qu'ils sont durables. Une fois hors de danger, les débiles se développent et prospèrent aussi bien que les autres. Sans doute parmi les débiles, il faudra toujours faire la distinction fondamentale : séparer les débiles par naissance prématurée des débiles par hérédité. Ceux-ci doivent souvent leur débilité congénitale à une affection infectieuse des parents (tuberculose, syphilis). Il est très remarquable qu'une statistique portant en bloc sur tous les débiles, — y compris ceux par hérédité, — accuse des succès aussi probants.

Les débiles arrivent à vivre aussi bien que les autres. Telle est la règle. Ils ne présentent même pas certaines affections d'origine congénitale qu'on serait tenté de rechercher davantage chez les enfants délicats. Je veux parler de la maladie de Little. Je ne l'ai trouvée qu'une fois, et chez un nouveau-né qui avait dû être extrait par version.

Cette statistique si heureuse se double d'un enseignement d'une haute valeur pratique. Puisque les débiles prématurés arrivent si bien à survivre, c'est donc que l'accouchement prématuré est appelé à rendre les plus grands services.

On parle de symphyséotomie, d'opération césarienne. Combien l'accouchement prématuré est préférable, lorsqu'il peut être pratiqué. Grâce à lui, on ne fait pas courir de dangers à la mère, et les petits êtres vivent dans des conditions qu'on n'eût jamais espérées jadis. C'est ainsi que chez la femme d'un confrère, j'ai mis au monde un petit être pesant 950 gr. Il était si petit et si frêle que le père, s'attendant à sa mort, n'avait pas jugé à propos d'en faire la déclaration à l'état civil. Or, cet enfant a vécu, il a grandi, et est devenu aussi fort et intelligent que n'importe quel autre de son âge.

Et cet exemple n'est pas isolé.

Sur 26 accouchements prématurés, je ne compte que deux morts, soit 7,69 0/0; un total de 50 accouchements prématurés s'est fait dans le service et avec d'autres de mes collègues. La mortalité a été de 16 0/0.

Ces jours-ci encore, j'ai eu à intervenir, et les conditions semblaient fâcheuses. La femme, enceinte de 8 mois, avait un bassin rétréci dans tous ses diamètres (moins de 8 centimètres). Arriverait-on, à ce terme déjà avancé de la grossesse, à extraire un enfant vivant? L'accouchement prématuré dura deux jours; on dut procéder à une application de forceps au détroit supérieur. Avec beaucoup de peine, on amena l'enfant. Il était vivant et pesait 2,400 gr. Sa santé générale est excellente et il s'élève très bien.

L'enfant est donc viable; la mère pourra le nourrir. Il ne faut pas, du reste, se laisser décourager facilement par les lenteurs de la montée lacteuse. L'an dernier, entrait dans le service une femme accouchée chez elle le 28 octobre. Elle n'avait pas de lait. Son enfant, placé d'abord dans un service où il y avait des couveuses, lui avait été rendu. Plusieurs confrères de la ville avaient conseillé l'emploi d'une couveuse et la mise au sein d'une autre nourrice.

A son entrée dans le service, il ne pesait plus que 1,870 gr., nous faisons téter le sein de la mère par un gros nourrisson. Le premier jour, il tète 5 gr., le second jour, 15 gr., le troisième jour, 17 gr. Le quatrième jour ne sont plus tétés que 4 gr. Le personnel se décourage, on n'arrivera jamais. J'interviens et insiste. Il faut user de persévérance. Le lait reviendra.

En effet, les jours suivants, la mère fournit 70, 75, 100, puis 120 gr. En sorte que son enfant, d'abord confié à une autre nourrice, et ayant repris du poids, est replacé ensuite sans difficulté au sein de sa mère, laquelle est devenue une excellente nourrice.

Et ce n'est pas seulement un enseignement pour le praticien qui sort des données que nous venons d'exposer, c'est aussi un avertissement social. La société a le devoir de ne pas se désintéresser de ces petits êtres. La mère commet toutes les imprudences, voulues ou non. Elle sort son enfant en hiver, ne l'habille pas, le laisse glacer par le froid. Une loi proposée par Paul Strauss aux Chambres aura pour effet de sauvegarder la vie des petits débiles. Ils seront surveillés, et pourront recevoir l'assistance gratuite à domicile.

Une mère ne devrait pas avoir le droit d'emporter son enfant où et quand cela lui plaît. Une telle tolérance conduit à l'infanticide, infanticide par omission peut-être, mais infanticide tout de même. La mère, quand le sentiment du devoir fléchira dans sa conscience, aura autour d'elle des conseillers pour lui faire entendre raison et l'arrêter sur la pente des imprudences.

Tellement que soigné par le médecin en connaissance de cause, et protégé par la loi, le petit débile ne pourra faire autrement que de vivre et de montrer par son développement heureux et rapide que nos efforts n'ont pas été infructueux.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Dyspepsies. — Régime alimentaire

Par M. H. Huchard
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Necker

I. Régime alimentaire des hyperchlorhydriques

Il y a dix ans, en 1892, à la Société de thérapeutique, une discussion intéressante (je le crois, du moins), en tout cas assez animée, eut lieu entre Dujardin-Beaumetz et moi sur le régime alimentaire des hyperchlorhydriques. Mon regretté collègue qui tenait beaucoup à son opinion, comme je tenais à la mienne, voyait dans le régime végétarien le meilleur moyen d'obtenir le repos le plus complet possible de l'estomac.

« La sécrétion gastrique est sollicitée au maximum, disait-il, par les albuminoïdes et surtout par la viande ; c'est un contre-sens d'en gaver les hyperchlorhydriques. »

A cela je répondais : « Les amylacés sont très mal digérés par les hyperchlorhydriques ; quand on examine le contenu de leur estomac au cours de la digestion d'un repas complet, on constate que la viande est très bien dissoute, les légumes très mal. C'est un contre-sens que fournir en excès à un estomac des aliments qu'il est incapable d'élaborer et qui ne peuvent que l'irriter. »

Toujours l'éternelle dispute entre Hippocrate et Galien ! En tous cas, le praticien pris entre ces deux « contre-sens » a dû d'abord se trouver dans un bien grand embarras. Qui avait raison, et comment dénouer ce nouveau nœud gordien de la thérapeutique? Tous deux, nous prenions pour base l'observation clinique ; unis au point de départ, nous étions à l'arrivée on ne peut plus séparés. Alors, la cause s'instruisit, et traduit devant le tribunal d'appel de la physiologie qui est parfois en même temps un tribunal de cassation, j'eus l'honneur de gagner mon procès, surtout parce que je ne me proposais point par le régime, de « gaver » les malades de viande.

Faits expérimentaux. — Déjà, Einhorn et Jürgensen en 1889 avaient conclu de leurs expériences, que l'excitation gastrique n'est pas beaucoup plus accentuée après l'ingestion de la viande qu'après un repas mixte ou exclusivement végétal, et ces expériences furent confirmées ensuite par Lœventhal, Schüle, Sorensen et Metzger.

Mais bientôt, d'autres expériences mieux interprétées, surtout par Linossier et Lemoine, vinrent démontrer que, si les proportions d'acide chlorhydrique libre ne subissent pas de grandes variations avec des alimentations différentes, il n'en est pas de même de l'acidité totale. Par exemple, si cette dernière est en moyenne de 2,6 après un repas de riz, elle s'élève à 4,3 après un repas de viande. Ces faits donnent en apparence raison à Dujardin-Beaumetz, mais les conclusions de Linossier et Lemoine vont à l'encontre de son opinion : « Les aliments albuminoïdes excitent, il est vrai, au maximum la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, mais ils possèdent au maximum la propriété de fixer l'acide chlorhydrique sécrété à l'état de *combinaison chlorhydro-albuminoïde* beaucoup moins irritante pour les parois gastriques. » Ainsi, dans cette combinaison, l'acide chlorhydrique trouve son correctif, puisqu'il y en a moins à l'*état libre*, ce qui est la principale cause des malaises des hyperchlorhydriques. Donc, pour trois raisons, l'usage des albuminoïdes est indiqué : ils fixent l'acide chlorhydrique à l'état de combinaison, ce qui le rend moins offensant pour la muqueuse gastrique ; ils calment presque toujours les douleurs ; ils sont rapidement et complètement digérés. Et « le repos le plus complet possible de l'estomac » que Dujardin-Baumetz regardait avec juste raison comme l'une des principales indications thérapeutiques à remplir, est précisément réalisé par les aliments de rapide et complète digestion. Car, « gaver » un estomac hyperchlorhydrique de pain et de légumes, c'est-à-dire d'aliments qu'il digère mal et longuement, ce n'est pas précisément assurer le repos de l'organe.

Puis, vinrent d'autres expériences exécutées surtout en Russie par Pawlow, Lubassow, Wolkowitsch, Akimow, Peretz, Wirschubsky, Wirschills, qui démontrèrent l'action modératrice des *graisses* sur la sécrétion gastrique, et ces auteurs en vinrent à prescrire de grandes quantités de graisse, d'huile ou d'aliments gras à leurs malades. Mais, comme le fait remarquer Linossier, si l'addition de corps gras aux aliments modère la sécrétion gastrique, elle peut avoir l'inconvénient de prolonger le séjour des ingesta dans l'estomac, et il ne recommande avec juste raison que le beurre cru et la crème que ces malades supportent très bien. Cependant quelques praticiens ont été beaucoup plus loin dans cette voie, et, il y a deux ans, Strauss a été jusqu'à prescrire à des hyperchlorhydriques, à des hypersécréteurs ou à des malades atteints d'ulcère gastrique, 350 grammes de graisse par jour sous forme de lait, de beurre, de crème, parfois d'huile. Assez souvent, mais non pas toujours, l'influence de ce régime s'est fait sentir après quelques semaines par une grande diminution de l'acidité gastrique.

Avant tous les auteurs que nous venons de mentionner, Bloch ayant constaté une amélioration considérable chez un malade atteint d'ulcère gastrique auquel il avait prescrit de l'huile de foie de morue, eut l'idée d'instituer le traitement de cette maladie

Digitized by Google

par les huiles et la glycérine (1), et depuis cette époque j'ai obtenu moi-même de très bons résultats de l'emploi modéré et méthodique des graisses chez les hyperchlorhydriques.

Enfin, les analyses récentes de Aldor et de Clemm (1900 et 1901) ayant démontré que l'addition du *sucre* au lait à la dose de 20 p. 100 diminue de moitié la sécrétion gastrique et en abaisse l'acidité des neuf dixièmes, on en est arrivé à conseiller une véritable cure de sucre dans l'hyperchlorhydrie. Néanmoins, il faut en craindre l'abus qui favorise les fermentations; mais son usage peut être recommandé puisqu'il facilite, d'après Chauveau, l'assimilation des albuminoïdes et entrave le travail de désassimilation ; véritable aliment d'épargne, il a pu être ainsi proposé en Allemagne par Leitenstorfer pour la ration alimentaire des soldats, dans le but de leur donner plus de vigueur et de résistance à la fatigue.

Applications thérapeutiques. — Dans les cas graves d'hyperchlorhydrie, on peut employer le *lait* à l'exclusion de tout autre aliment, et il doit toujours être la base de l'alimentation parce qu'il constitue l'aliment presque physiologique des hyperchlorhydriques pour les raisons suivantes : peu d'excitation gastrique, digestibilité parfaite, faculté de se combiner à l'acide chlorhydrique et d'en atténuer l'action irritante, apport d'un aliment hydrocarboné par la lactose et de la graisse. — Le beurre frais, la crème, le miel, les œufs sont encore à recommander parmi les aliments d'origine animale. Il convient souvent d'associer à ce régime des aliments riches en hydrates de carbone : riz, tapioca. Les pommes de terre ne seront prises qu'en purée, sans craindre à leur suite avec quelques auteurs la fermentation lactique.

Dans les cas moins graves, et sans jamais abandonner le lait (un litre et demi à 2 litres par petites doses toutes les heures ou deux heures), on aura recours à la *viande* crue pulpée, moins excitante que la viande rôtie, ou encore aux viandes hachées et bien débarrassées de leurs tendons et aponévroses, à la semoule, aux poissons bouillis, à quelques purées de légumes farineux, à la poudre de viande recommandée par Debove et Mathieu jusqu'à 200 grammes pris par la sonde. La viande crue pulpée est préférable.

Parmi les *légumes*, A. Robin conseille avec raison de choisir ceux qui sont riches en azote, comme les lentilles, les pois, les haricots rouges, les fèves, le gruau. Ces légumes doivent être décortiqués, réduits en purée et cuits simplement à l'eau avec un peu de sel et peu ou pas de beurre. La laitue et les épinards, riches en fer, conviennent surtout à l'anémie dyspeptique. Pour donner à ces légumes un peu plus de sapidité, on peut les lier avec un œuf ou avec du lait (1).

Le *poisson* est un bon aliment à la condition qu'il soit de chair maigre (barbue, brochet, perche, turbot, sole, merlan), qu'il ne soit pas fortement assaisonné, qu'il soit cuit au court-bouillon et servi sans sauce.

Comme *boissons* : laitage ou eau de source, infusions très chaudes (de camomille, tilleul, feuilles d'oranger). Chez ces malades, l'ingestion de breuvages chauds produit d'excellents résultats, et Fiessinger insiste judicieusement sur une médication très simple et rationnelle : deux grands lavements de trois quarts de litre d'eau tiède une heure avant dîner et souper (à garder quinze à vingt minutes); absorption, de vingt en vingt minutes, d'une série de deux ou trois bols d'eau chaude légèrement sucrée, ou d'une infusion de camomille, de fleurs d'oranger. A la suite de ce simple traitement, la contracture pylorique provoquée par l'hypersécrétion acide et qui est une cause de stase gastrique, finit par disparaître sous l'influence du lavement qui favorise l'évacuation stomacale en déterminant l'ouverture du pylore par l'intermédiaire des mouvements péristaltiques de l'intestin et du duodénum. Puis, l'usage de l'eau chaude calme l'hyperesthésie de la muqueuse et régularise la contractilité stomacale (2).

Les *repas* doivent être peu copieux, répétés quatre à six fois par jour, dans le but de calmer la douleur. Nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui les veulent espacés dans le but d'exciter moins fréquemment la muqueuse gastrique ; l'excitation est moins fréquente, il est vrai, mais plus prolongée, et cette pratique expose à la stase alimentaire déjà favorisée par le spasme pylorique très habituel chez les hyperchlorhydriques. Repas réguliers et à heures fixes. Éviter les fatigues, le surmenage cérébral; hydrothérapie locale sous forme d'application d'une compresse froide sur l'estomac pendant plusieurs heures et recouverte d'un taffetas gommé. Quelques malades se trouvent mieux de l'application d'un sac de caoutchouc rempli d'eau très chaude.

Supprimer : oseilles, tomates, acidités, crudités, fromage faits (les fromages frais étant permis): les pâtisseries, le pain (le pain grillé étant permis), la charcuterie, le gibier, les poissons gras (maquereau, saumon, anguille, carpe, sardine, hareng), les pâtes, salaisons, hors-d'œuvre, fritures, beurre cuit, les conserves alimentaires et surtout celles de viandes et de poissons, les épices, les sauces de haut goût, les aliments salés, les eaux gazeuses, le champagne, les

(1) E. Bloch, *Journal des Praticiens*, 1892.

(1) Albert Robin. *Les maladies de l'estomac* (diagnostic et traitement). Paris, 1900.

(2) Fiessinger. Un traitement des dyspepsies (*Journal des Praticiens*, 1896).

Digitized by Google

eaux minérales alcalines, les eaux froides ou glacées, le vin, les bières fortes, les liqueurs, le café. Cesser de fumer.

Parmi les *laxatifs*, donner la préférence à la magnésie, et surtout à la magnésie lactosée (une cuillerée à café ou à dessert de magnésie lourde et de lactose à parties égales).

Le régime alimentaire doit être suivi très longtemps, et même toujours, chez les hyperchlorhydriques et les hypersécréteurs, après la disparition des principaux accidents. Car il est certain que l'usage d'une alimentation azotée excessive est capable de provoquer l'hyperchlorhydrie, les expériences ayant démontré que, plus le régime alimentaire est chargé de viandes, plus la sécrétion de l'acide chlorhydrique augmente, sinon à l'état libre, au moins à l'état de combinaison.

Remarque importante :

Chez certains hyperchlorhydriques, le spasme pylorique est tel qu'il détermine de la stase alimentaire et de la dilatation gastrique. Celle-ci n'est qu'un symptôme, un effet. Mais sous l'empire d'idées théoriques et erronées qui n'ont que trop duré, cette dilatation de l'estomac a été élevée au rang de maladie, elle-même créatrice de maladies, elle a absorbé toute l'attention du praticien qui a prescrit le régime sec, l'acide chlorhydrique à haute dose, des préparations de strychnine, des lavages gastriques. Or, à lui seul, dans cette dilatation de l'estomac due à l'hyperchlorhydrie, le régime sec est une hérésie thérapeutique : l'acide chlorhydrique en excès, insuffisamment dilué par les liquides en défaut, excite davantage encore la muqueuse gastrique, d'où augmentation du spasme pylorique et de la dilatation de l'estomac. Et l'on donne encore jusqu'à 500 et même 750 grammes par jour d'une solution d'acide chlorhydrique à 4 grammes pour 1.000 grammes d'eau ! On ne craint pas non plus de prescrire la strychnine et des excitants lorsque l'estomac demande à être calmé.

Il y a plus de douze ans, nous avons protesté contre les exagérations et les méfaits d'une théorie qui a fait beaucoup de bruit et beaucoup de mal, comme toutes les erreurs. On commence à entrevoir ses nombreuses victimes. *(A suivre.)*

Clinique des Hôpitaux

Hôpital Cochin. — M. Chauffard

Les myélites syphilitiques chroniques

Le tabès et la paraplégie spasmodique, si elles sont des maladies à symptomatologie essentiellement distincte, ont souvent d'une étiologie commune : la syphilis. M. Chauffard présente deux malades adultes atteints de syphilis médullaire.

Le premier, âgé de 34 ans, a vu ses premiers symptômes apparaître il y a 18 mois. Très rapidement les accidents se précipitèrent. Il y avait de l'incoordination motrice, le malade ne pouvait se tenir debout, les talons rapprochés et les yeux fermés (signe de Romberg) ; des douleurs fulgurantes, térébrantes, des fourmillements étaient ressentis dans les membres inférieurs, une diminution de la sensibilité s'observait dans les membres inférieurs et dans la région sous-mammaire. Les réflexes rotulien et achilléen étaient abolis. Les réflexes du coude et du poignet étaient conservés, le réflexe de l'orteil se faisait en flexion plantaire (type normal). Il existait du côté des yeux une paralysie de la troisième paire gauche. La paupière supérieure était tombante, de la diplopie occupait la partie interne du champ visuel gauche, la pupille était dilatée. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière, tandis qu'elles réagissent à l'accommodation et à la convergence (signe d'Argyll-Robertson). Les membres sont flaccides et jouissent d'une mobilité anormale, le malade arrive à toucher très aisément ses épaules avec ses genoux (hypotonie musculaire. On ne constate pas de troubles génitaux et le réflexe crémastérien est conservé.

Le deuxième malade a une quarantaine d'années ; le signe de Romberg n'est pas constatable chez lui. La maladie a commencé, il y a trois ans, par de la céphalée, une démarche difficile, une exagération des réflexes rotuliens. Puis surviennent des fourmillements et un dérobement brusque des jambes. Des tentatives furent faites du traitement hydrargyrique. un mieux succédait, puis l'aggravation se faisait de nouveau jour. Le malade entre à Cochin, il y a six mois, avec tous les signes d'une paraplégie spasmodique. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, le relèvement brusque du pied en flexion donne naissance à de la trépidation épileptoïde. Le réflexe de l'orteil se fait en extension dorsale (signe de Babinski). Ce malade est donc un spasmodique vrai, c'est aussi un paraplégique. Marie a beaucoup insisté sur les signes paralytiques observés en pareil cas. Ainsi, chez cet homme, certains mouvements sont très difficiles : tels la flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, mouvements qu'il n'arrive pas à exécuter. De plus la force est très diminuée : on recommande au malade de serrer ses genoux ; il est fort aisé de les écarter de quelques centimètres, malgré sa résistance. Chez le tabétique il n'en est pas ainsi. Quand il s'y oppose, il n'est pas possible de desserrer ses jambes. Le paraplégique en outre ne résiste pas au besoin de la miction et de la défécation ; ce besoin se traduit chez lui d'une façon

Digitized by Google

impérieuse et il est tenu d'y satisfaire tout de suite, sous peine d'incontinence. Disons en dernier lieu que son psychisme, tout en étant peu touché, ne laisse pas de montrer une émotivité accrue. Le malade est plus excitable et pleure facilement. Il ne présente pas de signe d'Argyll-Robertson ; néanmoins ses pupilles ne sont pas absolument normales. La pupille droite est plus resserrée que celle du côté gauche. On sait que pour Babinski le signe d'Argyll-Robertson n'est pas imputable au tabès lui-même, mais à la syphilis des centres nerveux ; ici ce signe n'existait pas, mais le myosis constaté ne laissait pas d'être suspect.

Ces deux malades diffèrent par la systématisation de la lésion ; chez le tabétique, ce sont les cordons postérieurs, chez le paraplégique, les cordons latéraux qui ont été touchés. Mais la cause de la maladie est la même. Tous deux ont été syphilitiques, le premier il y a 13 ans, le second il y a 3 ans ; la syphilis à tous deux s'est montrée bénigne (chancre, roséole, plaques muqueuses) et un traitement assez court avait été institué.

C'est Fournier, le premier, qui a établi l'origine syphilitique du tabès. Charcot, au contraire, tenait pour l'hérédité névropathique. En effet les races calmes ou peu civilisées où le système nerveux se repose, si affectées soient-elles par la syphilis, échappent au tabès. Les Arabes, les Patagons, les Chinois ne connaissent guère l'ataxie et pourtant ils sont très familiers avec la vérole. Voilà qui donne raison à Charcot, mais Fournier a encore plus raison. L'hérédité névropathique, fût-elle encore plus accentuée, ne suffit jamais à faire du tabès. Il faut la syphilis et celle-ci se retrouve 92 0/0 à l'origine, les huit dernières pouvant fort bien être restées ignorées. Aussi Fournier qui avait créé pour le tabès le cadre des affections parasyphilitiques, a-t-il vu sa conception ébranlée. On sait ce que l'éminent maître appelait parasyphilitique : une affection *d'origine* syphilitique, mais non de nature *syphilitique* et qui n'est pas influée par le traitement mercuriel. Trois maladies principales rentraient dans cette classe : 1° le tabès, 2° la paralysie générale, 3° la leucoplasie buccale.

Ce cadre des affections parasyphilitiques était bien fragile, une maladie qui n'est pas d'origine, mais de nature syphilitique, cette distinction reposait sur des subtilités trop ténues. M. Leredde, au Congrès de Toulouse, a montré que la doctrine de Fournier n'était pas exacte. En plus elle était dangereuse, ce mot de parasyphilis impliquant l'inutilité du traitement. Or le tabès peut fort bien guérir. Il suffit de la mercurialisation à hautes doses et prolongée. MM. Lemoine et Lépine ont appuyé les propositions de M. Leredde. Le tabès n'est pas incurable et il ne convient pas de se décourager. Mais il faut 12, 15, 18 mois de traitement et toujours des doses plus fortes que celles qu'on avait employées. M. Chauffard a donné à son premier malade des injections d'huile biiodurée à 4 milligrammes par jour. Bien que la dose soit faible, un mieux a suivi et l'incoordination est bien moins prononcée qu'à son entrée à l'hôpital. Pour le second malade, il faudra se montrer prudent. Brissaud et Marie ont prouvé que les paraplégiques spasmodiques supportent mal le mercure ; on en donnera dans le cas présent, mais avec précaution et en surveillant les effets.

En résumé le système nerveux vis-à-vis de la syphilis présente une double réaction : 1° la première, nodulaire, avec lésions inflammatoires et infiltration autour des vaisseaux, représente les formes aiguës et subaiguës. Ce sont les encéphalopathies, les myélites syphilitiques aiguës, de cause microbienne peut-être, très bien améliorées par le traitement ; 2° la seconde, scléreuse, à allures lentes, sans réaction inflammatoire, sans infiltration nodulaire, peut être due aux toxines syphilitiques et difficilement modifiée par le traitement. C'est à cette seconde forme séparée encore par la systématisation des lésions qu'appartiennent les deux malades présentés par M. Chauffard.

Formulaire du Praticien

L'anorexie des phtisiques

Le manque d'appétit des phtisiques, surtout à la période avancée du mal, résiste à bien des médications.

En pareil cas, l'arrhénal alterné avec les alcalins et les amers rendra des services. Le malade absorbera 4 jours de suite, avant déjeuner et dîner, 5, puis 6, puis 8, puis 10 gouttes de la solution suivante :

Arrhénal	5	grammes
Eau distillée	100	—

Les 4 jours suivants, prendre un quart d'heure avant déjeuner et dîner, de 1/4 à 1/2 verre d'eau de Vichy ou d'eau de Vals, dans lequel on verse les gouttes suivantes :

Gouttes amères de Baumé	ãã 5	grammes
Teinture de badiane		

5 à 8 gouttes.

Ou :

Teinture de chardon bénit	ãã 4	grammes
— — colombo		
— — gentiane		
— — badiane		
— — noix vomique	8	—

5 à 10 gouttes et au-delà avant les repas.

Digitized by Google

Ou :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 02
Brucine	0 — 01
Eau distillée.....	20 grammes

15 à 20 gouttes avant les repas.

Ou :

Quassine cristallisée.....	0 gr. 01
Teinture d'aloès.....	àà 25 grammes
— de rhubarbe.....	

Une cuillerée à café avant déjeuner et dîner dans un demi-verre d'eau pure ou alcaline.

En place d'eau alcaline, on peut directement employer les macérations ou infusions amères (quassia, houblon, petite centaurée, ményanthe, colombo, cascarille, quinquina) ou les élixirs et vins amers (élixir de Gendrin, une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau, vins de quinquina, ményanthe, colombo, etc., toujours dans un demi-verre d'eau et par cuillerées).

Nous nous sommes bien trouvé d'un moyen très simple qui éveille à la fois l'appétit et permet la suralimentation du phtisique, à savoir : une demi-heure avant les repas un grand lavement d'eau tiède. On peut ajouter à ce lavement une cuillerée à café de sel, sans toutefois que cette addition soit indispensable. Le lavement simple, qu'on peut, si l'on veut, répéter 2 fois par jour, nous a suffi pour exercer une très heureuse action. L'emploi des lavements dans la tuberculose pulmonaire nous a semblé une médication de premier ordre ; car ce n'est pas seulement sur l'évacuation du tube digestif qu'agissent les lavements. Ils exercent un effet très salutaire sur le péristaltisme intestinal et les sécrétions gastriques. Grâce à cette médication, nous avons vu l'appétit renaître en bien des cas et la santé revenir avec les forces.

Si les amers n'ont pas réussi, le praticien songera aux persulfates :

Persulfate de soude..	5 grammes
Eau distilleé.....	300 —

Une cuillerée à soupe, une demi-heure avant les principaux repas.

Les phtisiques ont parfois une répugnance invincible pour le lait. On le remplacera par le képhir. Il est regrettable que le képhir ne se trouve guère qu'à Paris. C'est un excellent aliment, bien supporté et après une certaine hésitation au début, rapidement apprécié et aimé des malades. Les praticiens feraient bien de recommander aux pharmaciens d'en préparer. Leurs malades s'en trouveraient très satisfaits.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Myase intestinale. — Il existe dans la science un grand nombre d'observations de myase intestinale, c'est-à-dire de séjour parasitaire de larves de mouches dans le tube digestif humain et de leur expulsion par les voies naturelles. Dans une thèse récente, intitulée : Helminthiase, symptomatologie *(Paris, 1902)*, M. Lasne-Desvareilles en a colligé 24. Certaines observations sont communiquées de façon trop brève par leurs auteurs, et on peut conserver quelques doutes sur leur authenticité. Il n'en est pas de même de celle que nous allons résumer ici et qui est due aux professeurs Schlesinger et Weichselbaum de Vienne *(Wiener Klin. Wochensch.)* Il s'agit d'un ingénieur de 22 ans, de Vienne, sans antécédents, n'ayant jamais séjourné dans les pays chauds. Au printemps 1900, soit 18 mois avant sa mort, il eut des selles fétides et sanguinolentes : au bout de quelques jours le sang disparut ; en novembre 1900, ces phénomènes reparurent ; à l'examen très complet on ne relèva qu'une muqueuse rectale très congestionnée et saignant au moindre contact. En mai 1901 on observa pour la première fois des larves vivantes dans les matières ; on prit toutes les précautions contre une contamination accidentelle des vases, et on put constater à quatre reprises l'issue d'une énorme quantité de larves vivantes ; elles furent déterminées par les zoologistes comme celles de la mouche sarcophaga carnaria (mouche à viande); la plupart des larves périrent quand on essaya de les élever, mais une fois on réussit à en faire éclore. Le malade continua à évacuer des glaires, du pus, du sang, des lambeaux de muqueuse intestinale, et malgré toutes les médications employées — huile de ricin, santonine, dermatol, lavements au tannin, etc. — il déclina de plus en plus pour succomber cachectique en octobre 1901.

A l'autopsie on trouva quatre vastes ulcérations du colon, communiquant avec des excavations siégeant entre la muqueuse et la sous-muqueuse ; on ne trouva pas de larves à l'autopsie. Une perforation de l'intestin était survenue pendant l'agonie, peut-être même après la mort.

La première question qui se pose est celle de la provenance de ces larves rendues par centaines : une femelle de sarcophaga en pond environ une soixantaine. En admettant donc que le malade ait absorbé une première fois un certain nombre de larves et qu'elles aient résisté aux sucs digestifs de l'estomac, du pancréas, de la bile, on ne comprend pas leur multiplication ; on ne peut guère admettre l'éclosion de mouches dans le colon, et encore moins leur accouplement et leur reproduction en cet endroit. Faut-il croire que la vie parasitaire ait permis aux larves de modifier leur genre de vie et de se multiplier par parthénogénèse, ou mieux par pédogénèse ? Les naturalistes questionnés à ce sujet n'ont pas voulu nier la possibilité du fait d'une façon formelle ; quoique inédit il ne serait pas absurde.

Dans de longues discussions au sein des sociétés savantes viennoises, on a été forcé d'admettre l'authenticité de l'observation ; elle ne prête pas à la critique tant elle a été soigneusement prise. En très peu de temps on signala aux auteurs six cas de parasitisme de larves de diptères, tous recueillis en Autriche.

C'est ce qui nous engage à les signaler aux praticiens, pour leur permettre de comprendre l'étiologie de certains cas de colite muco-membraneuse, pseudo-dysentérique, hémorragique qu'ils pourraient rencontrer. D'habitude ces états se terminent par la guérison, mais, comme on vient de le voir, le pronostic n'est pas nécessairement bénin. — Bd.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

La cirrhose paludique. — La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, appelée encore « maladie de Hanot » ne semble pas être une maladie bien définie. Elle est constituée par des affections diverses : cirrhoses alcooliques avec ictère, cirrhoses biliaires par rétention, cirrhoses syphilitiques, cirrhoses paludiques. Cette dernière. la cirrhose paludique, a été individualisée, dès 1870, par Lancereaux. Son histoire vient de faire l'objet d'un travail important de M. Géraudel (Paris, Steinheil, 1902).

Suite d'une imprégnation palustre ancienne, la cirrhose paludique débute par une augmentation de volume du foie et surtout de la rate, puis, sans crise de coliques hépatiques apparaît un ictère avec fèces non décolorées. Il n'existe pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales ni d'ascite. La marche essentiellement chronique est plus favorable que dans d'autres cirrhoses. A la période préictérique la guérison est fréquente; elle est encore possible à la période ictérique ou du moins la marche de la maladie se trouve t-elle complètement arrêtée. Des survies de dix ans ne sont pas exceptionnelles. La maladie se complique fréquemment d'hématémèses et de poussées aiguës avec fièvre et accentuation de l'ictère et des hémorragies. Tous ces accidents sont bien supportés à condition d'être suffisamment espacés. L'aggravation de l'état général, l'apparition de l'ascite, des pigments biliaires dans les urines, manquent dans les premières périodes; la fréquence des hémorragies, l'intensité croissante de l'ictère sont des signes fâcheux. Le dénouement fatal est proche.

Le diagnostic sera fait à la phase préictérique avec la dégénérescence amyloïde ou la lymphadénie. L'absence de lésions tuberculeuses ulcérées, de syphilides ulcéreuses, de suppurations prolongées fera rejeter le premier diagnostic; l'albuminurie et la diarrhée, fréquentes dans la dégénérescence amyloïde, font défaut dans la cirrhose paludique; quant à la lymphadénie, l'examen du sang tranchera le diagnosttc. Les cirrhoses alcooliques, à forme graineuse, syphilitiques, peuvent aussi donner le change. La connaissance des antécédents (paludisme), l'hypermégalie splénique très prononcée feront pencher vers le paludisme, dans la syphilis le foie volumineux sera de plus échancré par des incisures anormales, ce qui ne se produit pas dans la cirrhose paludique.

A la période ictérique, on se souviendra que la cirrhose du buveur, une fois compliquée d'ictère, marche rapidement vers la mort, que la cirrhose syphilitique s'accompagne d'autres lésions spécifiques qu'on recherchera.

Dans l'ictère par rétention, rarement la rate est volumineuse ; la réaction de Gmelin est positive, les selles sont décolorées. Dans la cirrhose paludique, la rate est grosse, la réaction de Gmelin négative, les selles colorées. On recherchera enfin les signes de colique hépatique antérieure dans l'ictère par rétention.

L'épithélioma de la tête du pancréas s'accompagne d'une cachexie précoce et l'hypermégalie splénique manque. C'est encore l'état de la rate qui permettra d'écarter l'épithélioma primitif du foie à évolution d'ailleurs rapide et à ascite abondante, l'épithélioma secondaire, le kyste hydatique sus-hépatique.

A sa dernière période, l'hépatite paludique revêt parfois les allures d'un ictère grave. La durée du mal et l'évolution lente feront reconnaître le paludisme.

Le traitement consistera surtout dans l'établissement du régime lacté. Si l'appétit est conservé, M. Lancereaux tolère en plus quelques viandes grillées et des œufs. Il ordonne en outre l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. à 2 gr. par jour et a guéri plusieurs malades par cette méthode poursuivie pendant un an.

La quinine agit moins bien ; malgré son origine l'hépatite paludique se trouve assez mal de ce remède qui ne doit guère être utilisé que dans deux cas : 1° quand on suppose la survivance possible des hématozoaires dans l'organisme ; 2° au moment des poussées fébriles qui viennent traverser la cirrhose.

L'hydrothérapie compte au contraire comme un agent thérapeutique de grande valeur. Elle exerce une action énergique sur la nutrition générale et modifie en même temps la circulation locale des organes congestionnés. Les douches écossaises et surtout les douches froides très courtes sont recommandées par MM. Lancereaux et Géraudel. Les douches seront quotidiennes et continuées pendant plusieurs mois.

Des pointes de feu, vésicatoires, combattront les poussées de périhépatite concomitante. M. Bucquoy a même employé en pareil cas la pâte de Vienne comme caustique local.

Dans la phase ultime le quinquina, le tannin, l'ergot de seigle, les injections de sérum artificiel, le repos, combattront les hémorragies internes. M. Lancereaux réserve le perchlorure de fer pour les

Digitized by Google

hémorragies externes et celles du tube digestif. L'insomnie et le délire seront combattus par le chloral, l'adynamie se trouvera améliorée par les lotions froides alcoolisées (Lancereaux). Les diurétiques et purgatifs (pilules de scille, scammonée, digitale, 0,05 de chaque) combattront les troubles de l'insuffisance rénale. La caféine et théobromine peuvent également donner de bons résultats comme diurétiques (1 à 2 gr.) par jour. De grands lavements seront en dernier lieu utiles pour se mettre à l'abri des infections bacillaires d'origine intestinale (Lancereaux).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le régime alimentaire des tuberculeux. — C'est Stahl, je crois, qui émit cette boutade : que la complication la plus grave qui pût advenir à un phtisique, était de tomber entre les mains d'un médecin amateur de drogues. Le fait est que la tuberculose pulmonaire s'accommode avant tout de bonnes conditions d'hygiène. Les observations modernes ont surabondamment démontré les avantages des trois cures de repos, de régime et d'air pur. Pour ne nous en tenir qu'à la cure de régime, bien des éléments entrent en jeu qui contribuent à la fixer. Le tuberculeux éliminant une quantité d'azote plus considérable que l'homme sain devra réparer ces pertes à l'aide d'une alimentation azotée. On connaît les avantages de la viande crue dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; soit qu'elle possède dans le tissu musculaire une substance neutralisante des toxines tuberculeuses, soit que les cellules de l'organisme chargées des produits toxiques résultant de la digestion des viandes deviennent inaptes à absorber les substances toxiques de la tuberculose (Richet et Héricourt), soit que plus simplement l'usage de la viande crue n'agisse que comme tonique général et en augmentant l'immunité générale (Bouchard), toujours est-il que de tous les aliments azotés, la viande crue est le produit de choix.

La viande de bœuf doit être préférée; à principes azotés équivalents (18 à 20 0/0), elle est plus facilement digérée que la viande de mouton, car elle contient moins de graisse et le point de fusion de sa graisse est moins élevé que celui de la graisse de mouton. C'est la pulpe de viande débarrassée de grumeaux et de filaments qui sera employée. M. le Dr Henri Rousseau qui a fait une bonne étude du régime des tuberculeux (Paris, J. Rousset, 1902), conseille d'absorber cette pulpe de plusieurs manières : 1° en la roulant en petites boulettes de 4 à 5 grammes saupoudrées de sucre ; 2° en l'incorporant à des confitures de groseilles ou bien à des compotes de fruits ; 3° en la mêlant à des purées de légumes (lentilles, pommes de terre, épinards ; 4° en la battant avec des jaunes d'œufs, des œufs bouillis ; 5° en l'incorporant dans une petite quantité de bouillon froid d'abord et en versant ensuite dans cette préparation un potage au tapioca peu épais ; 6° un des moyens les meilleurs qui nous ont réussi dans notre pratique est de délayer la viande crue dans de la marmelade de pommes. Le malade avale le mélange sans la moindre répugnance.

Quelle dose employer ? Au maximum 300 grammes par jour. Il ne s'agit pas, moyennant les nombreux produits de désassimilation que renferme la viande crue, de surcharger les fonctions d'élimination d'un tuberculeux, lequel est déjà infecté par les produits du bacille tuberculeux et de la fièvre. A côté de la viande crue, prennent rang les bouillons de viande qui excitent la sécrétion du suc gastrique, les poudres de viande d'odeur désagréable et acceptées avec assez de peine, les différentes préparations de peptones et d'albumoses, sous la réserve qu'on ne saurait attribuer aux peptones une valeur alimentaire supérieure à celle de l'albumine, car si elles contiennent tout l'azote, elles ne renferment pas le soufre et le phosphore de la molécule albuminoïde (Fiquet, 1897. *Dérivés protéiques des albu minoïdes*).

Entre ces différents produits, une albumose (les albumoses sont les premiers produits de la digestion normale de la viande, tandis que les peptones en sont les derniers), a été accueillie avec faveur en Allemagne : c'est la somatose (30 à 40 grammes par jour).

Les substances collagènes (gelées de viande, pieds de veau, tête de veau), ne sauraient être substituées à la chair musculaire ; elles sont simplement un aliment d'épargne qui économise la combustion de l'albumine, et chez les anorexiques excite l'appétit.

Bien plus importantes apparaissent les graisses dont la valeur calorifique est considérable, deux fois et demi plus forte que celle des albuminoïdes, et dont les produits de désassimilation moins complexes que ceux des albuminoïdes et non dangereux ne consistent guère qu'en eau et acide carbonique. Ajoutons cet autre avantage que la fixation d'azote par l'organisme est facilitée par l'adjonction de la graisse. Le praticien recommandera donc le beurre frais salé que les tuberculeux digèreront souvent assez bien, et l'huile de foie de morue à la dose minima de 100 grammes par jour, à prendre en une ou deux fois, quand l'estomac du phtisique la tolère. Dans les sanatoria allemands, l'usage de l'huile de foie de morue est peu répandu. On la remplace par du beurre, des graisses animales, du saindoux, du lard, du gras de jambon. Les Français s'accommoderaient mal de pareil régime. Cela prouve que les phtisiques allemands ont des estomacs plus robustes

Digitized by Google

que les nôtres. C'est à eux aussi que conviendrait sans doute une préparation de même ordre : le pâté de foie de morue. Le produit a beau être riche en albuminoïdes (10,46 0/0), en chlorure de sodium, en acide phosphorique (0,37 0/0), il ne doit pas être comdigéré aisément. Mêmes réserves à propos des conserves de poissons : harengs, anchois marinés, thon, caviar. Cela est excellent, mais combien lourd aux estomacs délicats. Le cacao qui renferme également de la graisse (49 0/0), tout en étant peu digestible, est supporté mieux.

Les hydrocarbures rendent de grands services, et leur valeur nutritive est des mieux établies. Dans la Forêt-Noire, les bûcherons ne se nourrissent guère que de farines cuites dans du saindoux. Ils ne mangent, ni viandes, ni fromages, et sont pourtant d'une force herculéenne. De même les coolies japonais qui traînent à des vitesses considérables des charges énormes, ne consomment pourtant que des albumines végétales. Les purées de légumineuses alimentaires (pois, lentilles, haricots, ou de pommes de terre), sont bien tolérées et mieux que le pain qu'on devra souvent offrir sous forme de pain grillé et de biscottes pour qu'il ne fasse point mal. Les pâtes (macaroni, nouilles, vermicelles), riches en albumine et en hydrates de carbone tiendront une place notable dans l'alimentation. Quant aux légumes verts, nombre d'entre eux ne valent rien. L'oseille, les crucifères, le chou doivent être rejetés. M. Rousseau fait une exception en faveur des épinards et de la laitue. Ces deux légumes contiennent une forte minéralisation en sels de soude, de potasse, de chaux, de magnésie; ils sont riches en acide phosphorique. En raison de la déminéralisation des tuberculeux, leur emploi est donc indiqué.

Quant aux sucres, on connaît leur valeur alimentaire. Le praticien veillera simplement à ne pas en permettre un usage abusif, crainte de troubles digestifs, fermentations, inappétence, diarrhée qu'ils pourraient entraîner. Les fruits renfermant des hydrates de carbone et du sucre seront surtout recommandés cuits, leur digestion, du fait de la cuisson, en étant rendue plus facile. Seuls, la pêche, le raisin, les oranges, les fraises pourront être autorisés crus.

Restent deux grands aliments qui jouent un rôle de premier ordre : le lait et les œufs. Très aisément assimilé, contenant à la fois des matières albuminoïdes (caséine), des graisses (beurre), des hydrates de carbone (lactose), le lait rend possible, grâce à son action éliminatrice, une alimentation azotée abondante et empêche l'auto-intoxication. Le malade en absorbera un litre par jour, et comme supplément au régime ordinaire. Il ne saurait en effet s'en faire une alimentation exclusive, la pauvreté du lait en hydrates de carbone, en fer et en chlorures, nécessitant l'absorption d'une quantité considérable (4 litres), qui risquerait bientôt d'entraîner le dégoût. Tannermann réserve le régime lacté exclusif à des malades déterminés, ceux dont le poids diminue, ou ceux qui n'augmentent pas de poids. Quelques jours de régime lacté auraient en pareil cas pouvoir d'activer les échanges cellulaires et de favoriser l'augmentation de poids.

Les œufs sont habituellement acceptés avec plaisir et les malades en absorberont 3, 4, 5 par jour, soit dans des potages, soit sous différentes formes culinaires. Mais le praticien devra toujours veiller à ne pas gorger son malade à tort et à travers, et il cherchera à obtenir le maximum d'effet nutritif en limitant au minimum la fatigue des voies digestives.

PSYCHIATRIE

Le traitement de l'aliénation mentale par le bain continu. — On savait que la manie aiguë était heureusement modifiée par l'emploi des bains tièdes : un bain matin et soir à 35°, de 2 à 4 heures de durée, des compresses d'eau fraîche étant maintenues sur la tête pendant le bain, et l'agitation se calmait, l'esprit redevenait lucide. Des exceptions se rencontraient toutefois ; des malades restaient rebelles au traitement. On avait beau les purger à l'aide d'un laxatif journalier, les soumettre à un régime alimentaire sévère, supprimer de leur nourriture les viandes et les bouillons, pour éviter l'auto intoxication digestive, tout cela ne faisait rien. Associée à ce régime, l'action des bains demeurait précaire. C'est alors qu'on eut l'idée de renforcer les effets du bain en prolongeant sa durée. Au lieu de bains de quelques heures, on administra des bains continus.

Le Pr Krœplin, d'Heidelberg (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*, XXIV, 12 déc. 1901), recommande *le bain continu* dans *la manie, l'agitation, le délire aigu des paralytiques généraux*. Il est aussi très utile dans le *delirium tremens*, quand on y associe de fortes doses de caféine. Les anxieux et les épileptiques s'en trouvent moins bien ; pour prévenir les accidents du décubitus, le malade est suspendu dans une toile formant hamac au milieu de l'eau. Ces bains, donnés à 34° ou 35°, sont prolongés jour et nuit pendant des semaines et des mois. Les malades mangent sur de petites tables placées au-dessus de la baignoire ; ils lisent, travaillent, fument. La nuit leur tête est soutenue par des oreillers en catouchouc à air. Aux femmes on peut laisser la chemise. Les règles ne constituent pas un obstacle.

Quand le bain ne peut être administré ou qu'il est redouté des malades, on le remplace par le drap mouillé. Alter (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*,

Digitized by Google

XXV, mars 1902), préconise le drap mouillé à 33° ou 35°, avec enveloppement de couverture de laine. Ce moyen réussit surtout aux paralytiques généraux et est préféré par eux au bain. Comme ces derniers, il ramène le sommeil et l'appétit.

Le bain prolongé sera employé quand les bains plus courts et le repos au lit n'auront pas amené la sédation qu'on en attend. Les malades refusent-ils de manger, on les alimentera de bonne heure avec la sonde œsophagienne, afin d'éviter un collapsus rapidement mortel. (Dr Sander, *Alleg. Zeit. f. Psych.*, 5 avril 1902.)

Pour active que soit la méthode des bains, elle comporte un inconvénient : le nombreux personnel qu'elle nécessite. Il est fort malaisé de baigner la nuit. Dans les cas où l'impossibilité de la méthode est reconnue, on pourra recourir au drap mouillé, moins encombrant, de pratique moins pénible.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la traction continue dans les fractures de cuisse. — De tous les traitements préconisés dans les fractures de cuisse, la traction continue est à la fois le plus pratique et le plus facile à appliquer. Il est aussi celui qui a donné les meilleurs résultats. A-t-on affaire à une fracture du col intra ou extra-capsulaire, à une fracture de la diaphyse ou de l'extrémité inférieure ? Toujours ce sera à la traction continue que l'on aura recours. Elle calmera les douleurs, fera cesser les soubresauts tendineux, réduira le déplacement, immobilisera les fragments, luttera contre le raccourcissement ultérieur. Supposons donc que nous sommes appelés auprès d'un blessé ; il vient de se fracturer la cuisse à la région moyenne. Nous n'avons pas toujours à notre portée une gouttière de Bonnet, adjuvant utile de l extension continue. On s'en passera, une planche interposée entre les deux matelas pourra la remplacer. Sur un lit quelconque ? Non, le lit de fer sera préférable. Plusieurs objets devront être à notre disposition : une bande de gaze, deux bandes de toile, une bande de sparadrap de 2 mètres de longueur sur 10 centimètres de large, une petite planchette carrée de 10 centimètres de côté pourvue d'un crochet, une poulie et un poids. Tout ceci est vite préparé. Nous ne pratiquerons pas l'extension continue d'après le procédé classique, il est défectueux ; la bande de diachylon appliquée de chaque côté du membre glisse et il faut la changer souvent. Le procédé que nous décrivons, préconisé par Gangolphe, (Hôtel-Dieu de Lyon), est supérieur. Il tient en place, ne glisse pas, et sa résistance plus grande permet une traction plus considérable. La bande de diachylon sera percée en son milieu d'un orifice permettant le passage du crochet vissé à la planchette. Au niveau de la planchette la bande est une ; mais immédiatement au-dessus de la planchette chaque chef latéral de la bande est divisé en trois lanières plus petites : une moyenne, une antérieure, une postérieure. Roulons une bande de gaze qui part du pied et remonte vers la cuisse jusqu'au niveau de la fracture : c'est une mesure protectrice en vue d'empêcher le contact du diachylon et de la peau, cause fréquente d'irritation cutanée. C'est maintenant au tour de la planchette en étrier ; nous l'appliquerons contre la plante du pied et à quelques centimètres de distance d'elle, dans l'anse de diachylon qui la soutient. Le chef moyen de chaque bande latérale de diachylon est ensuite porté sur les faces latérales de la jambe (interposer entre celle-ci et les malléoles une légère couche de coton) ; il remontera jusqu'à la cuisse à hauteur de la fracture. A ce niveau toute sa longueur n'aura pas été utilisée : car, nous l'avons dit, la longueur du diachylon est de 2 mètres, soit 1 mètre de chaque côté. Il restera donc un excédent de diachylon de 20 centimètres environ de longueur. Nous verrons à l'employer tout à l'heure.

Revenons aux deux autrss lanières de diachylon ; nous n'avons encore fixé que la moyenne. Restent le chef antérieur et le chef postérieur. Ces deux chefs, antérieur et postérieur *sont* destinés à s'entrecroiser au devant et en arrière de la jambe, de manière à fixer solidement les chefs moyens. A cet effet, les chefs antérieurs ramenés en avant, un peu au-dessus de la cheville, commencent à s'entrecroiser à mi-hauteur du tibia et se portent ensuite en arrière où ils subissent un nouvel entrecroisement. Même manœuvre pour les chefs postérieurs, lesquels commencent à s'entrecroiser en arrière à même hauteur pour se porter en avant, et ainsi de suite, jusqu'à utilisation de la longueur totale. Ici, un conseil : ne croisez jamais trop bas les deux chefs postérieurs, il pourrait en résulter des douleurs vives et même des ulcérations du tendon d'Achille. Ce procédé qui enroule en croisant le sparadrap jusqu'au trait de fracture, offre cet avantage d'éviter le glissement et de ne pas nécessiter de changements de bandes.

Il ne reste plus qu'à enrouler une bande de toile. N'oublions pas, toutefois, que les chefs moyens de diachylon se prolongeaient à la partie supérieure en deux languettes qui était restées libres. Ces languettes sont maintenant rabattues vers le bas et de telle façon que couvrant la bande de toile elles soient à leur tour recouvertes par un nouveau tour de bande. On trouvera compliquée cette technique. Le praticien n'aura pas à regretter sa peine. S'il applique bien sa bande de diachylon, il aura construit un appareil qui

Digitized by Google

durera des semaines. Ses malades sont enchantés, le médecin aussi. Le reste de l'appareil est classique. La poulie est placée dans la direction du membre. Une corde adaptée au crochet de la planchette est tirée par un poids qui varie de 1 kilog. ou 2 kilog. au début pour arriver, si possible, à 4 kilog. et à condition qu'une traction si puissante ne soit pas douloureuse.

Chez les enfants, une livre, un kilog. suffisent. Le membre sera soutenu latéralement par des sachets de sable ou des coussins. Y a-t-il saillie trop accusée du fragment supérieur? On appliquera en travers du membre à ce niveau un sachet de sable. Quant à la contre-extension elle est bien simple: nous élèverons les pieds du lit de 15 à 20 centimètres, le poids du corps opérera lui-même la contre-extension. On pourra passer, en outre, une courroie sous l'aine et l'attacher à un barreau de la tête du lit, si nécessaire. Afin de faciliter le glissement du membre et que les frottements des draps n'opposent pas de résistance à la traction, on a construit des chariots orthopédiques; à défaut de leur emploi, on pourra se contenter d'une toile cirée passée sous le membre. Combien de temps laisser l'appareil? La traction sera pratiquée ainsi 25 à 30 jours. Le plus souvent possible on surveillera la direction dans laquelle elle s'opère.

Le pied devra être libre dans ses mouvements de flexion et d'extension; on vérifiera l'état du talon et des malléoles. Si l'appareil tend ou à abaisser la pointe du pied ou à écorcher le talon, il sera recommencé. Les malléoles sont-elles douloureuses? On interposera entre elles et le diachylon une plus grande quantité de coton. Les coussins seront toujours disposés de façon à empêcher le pied de tomber en dehors. Avec l'extension continue les résultats sont simples; le membre conserve sa rectitude; le raccourcissement est de 1 ou 2 centimètres.

Le malade peut se lever au quarantième jour et aucune attelle en bois ou attelle mécanique n'a été nécessaire. Malheureusement l'appareil ne peut être employé dans tous les cas. Chez les enfants au dessous de 4 ou 5 ans l'attelle plâtrée est préférable à l'extension continue. elle facilite les soins de propreté et d'ailleurs la guérison ne s'accompagne que rarement de raccourcissement, la fracture étant le plus souvent sous-périostée. Chez les vieillards, prédisposés comme on sait aux fractures intracapsulaires, quoique le décubitus expose aux eschares sacrées, on aura cependant recours à la traction continue légère (3 k.); il ne s'agira que de multiplier les précautions. Nous ne saurions assez insister sur l'importance de ce moyen thérapeutique, il nous suffira du reste pour juger sa valeur, de citer l'opinion de M. Tillaux (Chirurgie clinique): « avec un rouleau de diachylon, le plus obscur praticien de campagne est en mesure d'appliquer seul et en quelques minutes le meilleur de tous les appareils de fractures de cuisse, dont il n'aura plus à s'occuper jusqu'à guérison complète ». — N. F.

ODONTOLOGIE

L'emploi des dentifrices contenant des substances aromatiques. — Le choix d'un dentifrice est aisé. Les formules toutes faites abondent. Les spécialités, sorties du domaine pharmaceutique, poudres, pâtes, eaux, élixirs sont chez le coiffeur et l'épicier.

Le médecin veut il formuler : un antiseptique, un colorant pour flatter l'œil du client, et invariablement, pour flatter son goût? Q. s. d'une substance aromatique quelconque — menthe, girofle, anis, cannelle, badiane, lavande, sauge, etc. — associés, comme dans la célèbre Eau de Botot :

Semences d'anis		32 grammes
Girofle	ãã	8 —
Cannelle		
Huile volatile de menthe		4 —
Teinture d'ambre		4 —
Eau-de-vie		884 —

ou dans l'Elixir dentifrice du Codex :

Essence de cannelle	1 gramme
— de badiane	2 grammes
— de girofle	2 —
— de menthe	8 —
Teinture de benjoin	8 —
— de cochenille	20 —
— de gaïac	8 —
— de pyrèthre	8 —
Alcool à 80°	1.000 —

ou isolément : *la menthe* dans l'eau orientale de Delabarre, l'Elixir de Desirabode, l'eau dentifrice de Beaumetz, les poudres alcaline, acide, au charbon du Codex, les poudres de Toirac, Regnart, Jamet, etc.

L'*huile de girofles* dans l'esprit odontalgique de Boerhaave, mixture de Cadet, la poudre de Reveil.

L'*alcoolat de lavande ou de romarin* dans le gargarisme de Pleuck, l'élixir d'Ancelot, etc.

Dans les formules anciennes, les substances aromatiques jouent le rôle majeur d'antiseptiques, et accessoire de parfums. — Dans les modernes, le rôle antiseptique est accessoire et dévolu à des substances plus actives, thymol, salol, phénosalyl, etc...

Tous les aromatiques, ombellifères, labiées, épices même (cannelle, girofle) contiennent des essences dont l'odeur et la saveur imprègnent vivement la préparation dentifrice. — Il semble qu'on n'ait pas tenu suffisamment compte que l'action physiologique

Digitized by Google

de ces essences puisse dépasser le but cherché. Elles provoquent une vive excitation des extrémités nerveuses olfactives et gustatives. — C'est le point de départ d'un réflexe qui aboutit à accroître les sécrétions non seulement salivaires mais gastriques — mécanisme bien connu d'ailleurs, puisque les aromatiques sont classés parmi les médicaments apéritifs, les excitants de la sécrétion gastrique. Rien là de fâcheux si le dentifrice est employé immédiatement avant ou après le repas. Mais la plupart du temps il est employé, souvent exclusivement, au moment de la toilette matinale.

La bouche se parfume — l'estomac sécrète *à vide*, N'est-ce point réaliser le syndrome de l'hypersécrétion ? Et de fait, pour peu qu'on veuille interroger ceux qui font usage des préparations courantes pour les soins de la bouche, un bon nombre accusent le matin, après la toilette une série de troubles quelquefois mal définis, quelquefois nets : malaise passager, tiraillement au creux épigastrique, sensation de faim pénible, brusquement réveillée, — nausées, vertige stomacal, parfois vomissements qualifiés de *pituite*. Symptômes aggravés à la longue par la répétition de la cause, disparaissant par l'emploi de dentifrices insipides.

N'est-il pas vraisemblable que cet état anormal puisse même permettre à de vrais troubles gastriques de s'installer ? Et la question est encore plus délicate quand il s'agit de formuler un dentifrice pour un malade atteint déjà de phénomènes morbides du côté de l'estomac.

En conclusion, j'estime que dans nos formules, les substances aromatiques, capables d'avoir une action nuisible sur l'estomac, ne jouant en outre aucun rôle autre que de parfumer la préparation et de renforcer faiblement l'action des médicaments actifs — doivent être supprimées, — sauf pour le *rince-bouche*.

La liste des antiseptiques est assez longue pour permettre de choisir ceux dont le goût n'est pas désagréable. L'alcool au salol me semble parfait comme élixir — employé à dose de quelques gouttes dans l'eau, ou pur sur la brosse.

La craie camphrée de la pharmacopée anglaise — jointe ãã au bicarbonate de soude, forme une poudre qui n'a rien de désagréable. — Dr Jullien (Joyeuse).

FORMULES

Calvitie avec pellicules (Vigier) :

Vaseline	60 grammes
Turbith minéral	3 —
Essence de bergamote	XX gouttes

Pour onctions tous les soirs.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chantemesse. Les bacilles typhiques peuvent être découverts en quelques heures dans les selles des malades, et même lorsque ceux ci sont guéris, par l'application de la méthode propre à l'auteur (plaques de gélose nutritive contenant de la lactose et colorées par quelques gouttes de teinture de tournesol. Les colonies de bacilles d'Eberth sont colorées en bleu, celles de coli-bacilles en rose.

MM. Pozzi et Troisier lisent des rapports sur les prix. Après quoi l'Académie se réunit en comité secret. (*2 décembre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Paralysie ascendante aiguë. — MM. F. Widal et L. Le Sourd. Homme de 47 ans, atteint de paralysie ascendante aiguë, évoluant en 24 jours. Mort avec troubles de la déglutition et pouls incomptable. A l'autopsie, intégrité de la substance grise et des nerfs périphériques. Par contre, lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle sur toutes les racines rachidiennes. L'examen du liquide céphalo rachidien pratiqué pendant la vie, à deux reprises, était resté négatif. Ce résultat est fort intéressant. Il nous prouve la valeur de l'exploration méningée, dans le cas où le diagnostic hésite entre une névrite périphérique et une méningo myélite. Le résultat est il négatif ? Il s'agit d'une névrite.

Sur un cas d'infection pneumococcique — MM. Siredey et E. Coudert. Femme de 25 ans, enceinte de 5 mois. Pneumonie droite avec arthrite aiguë de l'articulation métacarpo phalangienne de l'index gauche. Etat général grave. Douleur vive à la partie supérieure de la région lombaire et dans le côté droit de l'abdomen. Mort le 7e jour, après accouchement de deux fœtus morts.

A l'autopsie, outre les lésions de pneumonie et d'une péricardite qui avait passé inaperçue du vivant, pleurésie diaphragmatique de la base droite. C'est cette pleurésie diaphragmatique qui, sans autres signes que la dyspnée, avait déterminé les symptômes abdominaux.

La forme plastique de l'arthrite métapneumonique. — M. L. Galliard. Suite de pneumonie, l'arthrite ne suppure pas toujours, elle peut évoluer vers la forme plastique. Chez un malade atteint d'arthrite métapneumonique du coude, la médication salicylée échoua. On dut immobiliser le coude et la guérison ne fut complète qu'au bout de cinq mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'appendicite. — La liste des orateurs n'est pas épuisée. On la croit close. Il en surgit de nouveaux. Au moins M. Reynier énonce-t-il des paroles sages. Il ne veut llement d'une opération à chaud. Le traitement médical

Digitized by Google

est excellent; en 1899, M. Reynier signalait une série de 79 malades, traités par les moyens médicaux : 2 seulement étaient morts. Aujourd'hui nouvelle statistique de 71 cas avec 2 décès. Alors à quoi bon se presser? On traitera le malade par la glace, l'opium, le repos, la diète. Il sera toujours temps d'opérer plus tard, quand l'appendicite sera refroidie. Décidément les rangs des interventionnistes à chaud se raréfient. Si un jour M Dieulafoy allait rester seul?

De l'orchite par effort. — M. Monod. On peut distinguer dans l'orchite par effort une double pathogénie : ou il s'agit d'un épanchement vasculaire, suite de rupture et simulant une épididymite. Ou bien on se trouve en face d'une épididymite vraie. Mais il est difficile en pareil cas de faire la part de l'effort et de l'infection, et de savoir lequel a précédé l'autre. On peut toutefois admettre dans le traumatisme une cause occasionnelle de l'infection.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La salle des séances de l'Académie de médecine. — L'architecte de l'Académie de médecine a été décoré. Est ce parce qu'il a disposé la salle des séances de façon à en rendre l'acoustique déplorable? On n'entend rien. Les académiciens ont donc toute chance de faire croire à la valeur de leurs communications. Elles paraîtront d'autant plus originales qu'on n'en aura pas saisi le premier mot. Pour publier les comptes rendus, les journaux n'auront qu'à accumuler les épithètes dithyrambiques et vagues. On n'imprimera que des éloges, la parole des orateurs arrivant trop indistincte pour qu'on en puisse discerner le sens. Tout est donc pour le mieux. Et à moins de changer de place les bancs de la Presse et de les faire descendre de la galerie où ils s'alignent présentement, dans l'hémicycle, tout à côté de la tribune académique, les comptes rendus des séances seront formulés sur un mode admiratif et nuageux qui leur tiendra lieu de précision. — K. S.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Le Secret médical et les Sociétés de secours mutuels

La loi du 18 avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels renferme un article ambigu (art. 7). Dans les trois premiers mois de chaque année, les Sociétés de secours mutuels devront adresser au ministre de l'intérieur, avec la statistique de leur effectif, le nombre et la nature des maladies dont sont atteints leurs membres. Toutes les maladies? Celles qui sont prescrites par la loi du 30 novembre 1892. Or, les maladies qui tombent sous l'application de cette formalité sont nettement spécifiées. Il s'agit des maladies épidémiques. Le praticien sera donc tenu d'en faire la déclaration, puisque la loi l'y oblige.

Seulement ce n'est pas tout. Il y a un autre article, l'article 36. Celui ci a trait à l'établissement des tables de morbidité. Le praticien doit fournir les renseignements nécessaires à l'effet de permettre une comparaison fructueuse de ces tables. Aucune maladie, ce semble, n'est exceptée de la nomenclature. Elle serait pénible à remplir n'était la facilité que le médecin trouve à tourner la difficulté. Le diagnostic des maladies? Qu'à cela ne tienne. Il est prêt à répondre. En regard de chaque nom de malade, il inscrira un nom de maladie. Il ne se réserve qu'un droit: quand le nom de la maladie constituera une violation du secret professionnel de nature à porter préjudice ou même à déplaire à celui qui sera l'objet de la déclaration, le praticien y regardera à deux fois. Il remplacera un diagnostic par un autre. Le malade a eu une orchite blennorrhagique. Cela deviendra sur le registre: orchite traumatique, ou bien si ce nom d'orchite indispose le malheureux qui en a été atteint, on cherchera autre chose, une maladie vague et dont la dénomination est très répandue. Embarras gastrique, par exemple. Et les embarras gastriques d'accaparer à ceux seuls les trois quarts de la pathologie et de se succéder le long des pages.

Avant de plaire aux Sociétés de secours mutuels et aux fervents des statistiques, il convient de ne pas livrer le secret d'un pauvre diable qui en s'adressant à vous a eu foi dans votre discrétion. Nombre de confrères des Sociétés de Secours ne se tirent pas autrement des questionnaires qui leur sont imposés. Ce que faisant, ils satisfont à la fois aux nécessités de la loi et aux exigences du secret professionnel. La curiosité même des Sociétés de secours mutuels sera satisfaite. Elles sauront qu'un tel a été atteint d'un embarras gastrique. Le médecin refuserait de rien dire que son silence serait interprété dans un mauvais sens. Tout de suite on croirait à des choses extraordinaires. Le pauvre malade serait tourné en ridicule, voire méprisé, et le confrère lui-même passerait pour avoir mauvaise tête et pour s'entêter dans un mutisme désobligeant. On objectera : Et les statistiques ainsi truquées? Je réponds : quel homme a jamais fait fonds sur des statistiques administratives? C'est propre, ça réunit en colonnes régulières des séries de chiffres, ça permet de multiplier les dénominations savantes. Des employés s'acquittent de la besogne gravement, longuement, copieusement. Ils ont bien le droit de vivre ces hommes. Que deviendraient ils si les statistiques étaient supprimées?

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie *(Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1900)*, par M. le Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul Boncour, Philippe et Oberthur. Vol. XXI, avec 19 fig. et 11 pl. (Paris 1901).

Digitized by Google

Ce 21e volume s'ajoute à ceux déjà parus, pour compléter la riche collection commencée par M. le Dr Bourneville.

Dans la première partie est exposée la situation du service dans les deux sections, Bicêtre et Fondation Vallée.

Un chapitre intitulé : Assistance aux enfants idiots ; création de *classes spéciales*, annexées ou non aux écoles primaires, pour les enfants arriérés, nous fournit des documents sur cette question en Italie, en Hollande et en Allemagne. C'est un point à signaler aux pouvoirs publics en France.

La deuxième partie renferme les *faits cliniques* et *anatomo-pathologiques*. D'abord l'histoire de deux frères atteints de *diplégie spasmodique familiale*, avec atrophie du cervelet. Les autres observations, sauf un cas de corps étranger de l'œsophage, ont trait à des enfants atteints d'idiotie de divers degrés. Reproductions de dessins et de photographies illustrent ce volume et en font une collection des plus utiles aux neurologues et aux pédiâtres.

Ces comptes rendus de Bicêtre, à leur XXIe volume, constituent un fonds précieux pour les recherches spéciales et font grand honneur à M. Bourneville. — H. Gillet.

Les médications thyroïdiennes, par le Dr Gauthier (de Charolles). Préface du Pr François-Franck. — 1 volume grand in-8 de 227 pages : 5 francs (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le Dr Gauthier (de Charolles) est un travailleur infatigable et un observateur perspicace. Sa curiosité s'attache aux problèmes obscurs de la clinique. L'un des premiers, il s'est occupé des médications thyroïdiennes. Le volume actuel est à la fois le fruit de recherches originales et la mise au point d'une question difficile et peu connue. Le lecteur trouvera dans ce livre les qualités ordinaire de M. Gauthier : précision, méthode, esprit clinique animé par des qualités d'initiative très personnelle.

Comment on défend sa vessie, par le Dr A. Baratier, membre de la Société d'Anthropologie. — Une brochure in-8 de 96 p. 1 fr. (Edition médicale, 29, rue de Seine).

Brochure de vulgarisation, décrivant à la fois les maladies des voies urinaires et les moyens de s'en préserver.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'action analgésique du Gomenol

Madame X., femme de ménage chez un de mes amis, boulevard de la Chapelle, à Paris, porte des excoriations multiples aux deux mains qui ont déterminé à la main droite des panaris superficiels. Je la vois au commencement d'octobre, elle souffre horriblement de trois panaris aux extrémités digitales, pouce, index et annulaire. Ces panaris sont superficiels et n'intéressent que la peau, mais la main est très œdématiée, douloureuse ; il y a le long de l'avant-bras de la lymphangite et il y a des menaces sérieuses d'extension à la main et à l'avant bras. Au pouce le pus a détaché l'ongle et les douleurs sont intolérables.

Je prescris un bain de 25 minutes matin et soir ans la solution Gomenolée, de toute la main et de l'avant bras, puis des compresses de la même solution recouvertes de taffetas gommé de façon permanente. Après la première journée, la malade ne souffre pour ainsi dire plus et la guérison a été des plus rapides, 12 à 14 jours.

Encore dans ce cas où la douleur était des plus violentes, j'ai vu le *Gomenol* agir comme un puissant calmant, propriété sur laquelle j'ai déjà insisté et je ne crois pas qu'il y ait une substance qui agisse aussi sûrement et aussi rapidement, non seulement comme antiseptique, mais encore comme supprimant la douleur. — Dr Dubousquet-Laborderie.

Avantages des glycérophosphates dans le traitement ioduré

On connaît l'action des glycérophosphates et quels merveilleux reconstituants ils sont dans les cas de dépression nerveuse. Or nombreux sont les cas où cette dépression nerveuse s'allie à une lésion organique, altérations des vaisseaux, goître, ou à une déchéance profonde de la nutrition, telle que la scrofule.

En pareille circonstance, le praticien se trouvera fort bien de la prescription d'un médicament à action double. D'une part une action exercée sur le système nerveux, d'autre part une action exercée sur les vaisseaux ou la maladie qui complique l'épuisement nerveux.

C'est à cet effet que le *neuro-iodure* constitue une association des plus heureuses, car ses effets toniques s'adressent à un symptôme et ses effets vasculaires en combattent un autre.

Avec le *neuro iodure*, le praticien possèdera une arme efficace contre l'artério-sclérose, le goître, la scrofule, la neurasthénie de la cinquantaine laquelle est liée *à un* commencement d'intoxication résultant d'une altération des vaisseaux rénaux.

Une autre propriété de la médication est qu'elle est aisément supportée. Elle ne détermine pas d'effets d'iodisme et peut être poursuivie sans crainte et avec la garantie d'une assimilation parfaite. Ce n'est pas là un mince avantage.

Les maladies que combat le *neuro iodure* sont en effet des maladies à marche lente. Il leur faut opposer une médication qui puisse être poursuivie pendant de longs mois sans risques et avec la certitude de l'effet produit. C'est à de telles indications que répond l'administration du *Neuro-iodure*.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpino-naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Flessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des boissons abondantes dans les pyrexies

par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Liebermeister, il y a quelque quarante ans, attribuait tous les accidents de la fièvre typhoïde à l'excès de température; pour Smoller, les formes les plus graves de l'ataxie dépendaient uniquement de l'intensité de la chaleur fébrile; pour l'école allemande, à cette époque déjà lointaine, presque tous les symptômes de la maladie, sinon tous, devaient être mis sur le compte de l'hyperthermie. Hirtz fournit à cette doctrine l'appui de sa haute autorité clinique en affirmant, avec son élève Lœderich, que les plus hautes températures sont celles où l'on trouve les phénomènes cérébraux et spinaux.

Pourquoi ne le rappellerais je pas? Un des premiers (c'était en 1877) je partis en guerre contre cette opinion, réunissant force preuves à l'appui de celle-ci, personnelle (1) : « Ce qui domine la symptomatologie de la fièvre typhoïde, c'est l'état parétique de toutes les fonctions organiques, et par conséquent de tout le système nerveux de la vie animale et végétative; l'excès de température fébrile est aussi un phénomène lié à cette déchéance nerveuse; ce symptôme n'est point la cause génératrice des autres accidents typhoïdes; il est, comme eux, le résultat de l'action paralysante du sang infecté sur le système nerveux ». Il me fut aisé de prouver que si l'hyperthermie est parfois la mesure, elle n'est point la raison de la gravité de la fièvre typhoïde. A quoi bon, du reste, insister à l'heure qu'il est plus longuement sur des faits désormais acquis et que personne ne conteste plus? De même qu'on avait observé le typhus, la peste, la variole, le vomito negro sans fièvre, de même on s'est heurté de temps à autre à un cas de fièvre typhoïde apyrétique : M. Huchard, sans oublier le cas de Vallin (1873), en rapportait des exemples en 1874; Bernheim (de Nancy) en citait un autre; dans ma dissertation de 1877, j'en relatais un; J. Teissier (de Lyon), Potain en ont vu plusieurs.

Ce serait donc un non sens clinique de diriger exclusivement les efforts de la thérapeutique contre la seule élévation thermique, puisque l'on combattrait de cette façon l'effet au lieu de combattre la cause. Ce qu'il faut faire avant tout, c'est chasser sans trêve ni relâche de l'économie par les émonctoires naturels les déchets de désintégration engendrés par le bacille d'Eberth au cours de la réaction fébrile qu'il a provoquée, c'est chasser les toxines, les leucomaïnes, les substances extractives de tous noms qui encombrent le sang et les plasmas des parenchymes, qui exagèrent la fièvre et les diverses manifestations symptomatiques — cérébro-spinales, cardiaques et autres — relevant de l'infection microbienne.

Par les émonctoires naturels, dis-je, par la peau et par les reins. Par la peau! J'ai touché un mot en 1893 (1) des procédés de diaphorèse les plus utiles en pareille circonstance. Par les reins! Dans une affection où, de par la fièvre et de par l'hypotension artérielle, l'urination est médiocre, il faudra les « ouvrir » pour qu'ils accomplissent leur part dans l'œuvre de dépuration éminemment utile que nous voulons réaliser. Certes, rien ne vaut mieux pour cela que l'ingestion de grandes quantités de liquides qui, après avoir solubilisé les déchets microbiens et de nutrition, les entraînent jusqu'aux reins par où ils s'évacuent.

M. Albert Robin estime que dans la fièvre typhoïde les oxydations sont ralenties, que le coefficient d'oxydation tombe de 85 à 74-70, et que « le processus pyrétique n'est pas tant caractérisé par l'exagération des oxydations normales que par un trouble dans les oxydations intra-organiques », d'où envahissement du sang par des produits incomplètement oxydés. Il en a conclu que la double indication la plus urgente à remplir dans la fièvre typhoïde est de poursuivre simultanément : 1° l'oxydation des déchets incomplètement comburés pour qu'ils soient plus solubles et d'élimination plus facile; 2° leur élimination au travers du filtre rénal; et, particularité que je me plais à souligner, il a proposé d'activer les oxydations ralenties, de solubiliser par voie d'oxydation les matériaux extractifs, avec des agents doués d'attributs diurétiques très appréciables : l'acide benzoïque (2 grammes *pro die*) ou le benzoate de soude (4 grammes par jour); un autre médicament a trouvé grâce devant lui, le sulfate de quinine, mais aux doses faibles (à mon avis artériotensives, et par cela même excitatrices de la sécrétion rénale) de 0 gr. 25 matin et soir. Suivi en cela par Dujardin-Beaumetz, par Juhel-Rénoy, par Bardet, par l'immense majorité des médecins, il répudie du traitement de cette maladie les antithermiques aromatiques parce qu'en entravant le pouvoir éliminateur des reins ils compliquent l'intoxication typhique d'une intoxication médicamenteuse. G. Roque et E. Weill ont prouvé que, dans la fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine, l'élimination des toxines est nulle tant que persistent la maladie et l'usage du

(1) Liégeois. Essai critique sur le rôle généralement attribué à l'excès de température dans la pathogénie des symptômes de la fièvre typhoïde (*Thèse de Nancy*, 12 janvier 1877).

(1) Liégeois. De l'antipyrèse par les sudorifiques (*Journal des Praticiens*, 1893, p. 312).

Digitized by Google

médicament ; les toxines ne s'éliminent qu'au moment de la convalescence, tandis que si l'on emploie les bains froids, les lotions froides qui entretiennent une diaphorèse éliminatrice et excitent la diurèse en remontant la tension artérielle, on s'aperçoit que le coefficient urotoxique, déterminé selon la méthode de Bouchard au moyen d'injections d'urine dans la veine auriculaire du lapin, est cinq ou six fois plus considérable qu'à l'état physiologique, diminuant avec l'apparition dans les urines d'une énorme débâcle de déchets à mesure que les symptômes généraux s'amendent et que la température s'abaisse, et redevenant normal dès que survient l'apyrexie de la convalescence. M. A. Robin s'est assuré que les pratiques hydriatiques augmentent l'excrétion d'urée, et, de 74 à 82, le coefficient d'oxydation.

Les liquides pris en abondance — en abondance, je répète à dessein — jouissent de vertus éliminatrices semblables à l'égard de tous ces déchets, déchets microbiens, toxiniques, déchets de nutrition.

Bue en quantité, l'eau — si vite absorbée parce qu'elle est un hydrate salin — augmente la masse du sang et élève sa pression dans les vaisseaux : première raison pour laquelle elle active la sécrétion urinaire. Elle est urinagogue pour un autre motif, parce qu'elle est éminemment dialysable. Et elle pousse d'autant plus les urines qu'elle est plus froide.

Ce n'est pas d'hier que l'on conseille les boissons abondantes dans la fièvre typhoïde ; en 1847, Jacquez (de Lure), partisan des ablutions fraîches, n'ordonnait à ses typhoïdiques d'autre boisson que l'eau pure froide « en assez grande quantité »; et, à trente-cinq ans de là, feu A. Luton (de Reims) prôna le traitement systématique de la fièvre typhoïde par la diète hydrique : purgé, le malade buvait à discrétion, pendant quatre à dix jours, de l'eau, rien que de l'eau, froide ou glacée. Les garde-robes, d'abord plus fréquentes et plus liquides, se modèrent, deviennent moins fétides, sont parfois remplacées par la constipation. Luton expliquait les bienfaits de la méthode non par la diurèse qu'elle provoque, mais par la diminution des fermentations intestinales consécutive à la réfrigération.

Dans ces quarante dernières années, les médecins ont ajouté à l'eau, prise en abondance, des boissons toniques et alimentaires, et, actuellement, on cherche à atteindre le total journalier de 4 à 6 litres (A. Robin), de 5 à 7 litres (Debove), de 6 litres (Juhel-Rénoy), et même de 12 à 15 litres (Noury, de Caen) de ces liquides réunis. Les malades boivent de l'un ou de l'autre jour et nuit ; au-dessous de 4 litres, il ne faudrait pas espérer une élimination de déchets importante.

Fraîche ou glacée, l'eau entrera pour un litre *pro die* dans ce traitement diététique ; ce sera de l'eau potable ou une eau minérale : Saint-Galmier, Alet, Saint-Alban.

Pour la journée un litre de limonade vineuse, ou de limonade au citron à 50 grammes de glycérine (Ch. Bouchard), ou de limonade à 2 grammes d'acide benzoïque (A. Robin), ou de limonade lactique (4 à 15 grammes d'acide lactique, 500 grammes d'eau, 60 grammes de sirop de sucre), ou de limonade phosphorique (l'acide phosphorique est diurétique), ou d'eau acidulée avec des sirops de groseille, de framboise, de grenade, d'orange.

Pour les vingt-quatre heures une bouteille de vin de Bourgogne ou de Bordeaux (Peter, Juhel-Rénoy), plutôt que de Champagne.

Quelques tasses de macération de quinquina, d'infusion de thé ou de café (Murchison faisait prendre tous les trois ou quatre heures une petite tasse d'infusion forte de café) : les uns ont prétendu que le thé et le café augmentent l'élimination de l'urée, d'autres ont soutenu le contraire ; ils réveillent, du moins, les énergies vitales déprimées.

Voici venir les boissons alimentaires :

Le lait est recommandable, en dehors de sa valeur nutritive, par sa digestibilité et par la diurèse qu'il suscite : pour la journée deux litres et demi de lait cru ou bouilli et refroidi. Additionnez le lait, un peu sucré, d'une cuiller à café, par tasse, d'eau-de-vie, de cognac, de rhum, sans dépasser 60 grammes de ceux-ci pour les vingt-quatre heures : à ces doses légères, fréquemment réitérées, l'alcool relève le coefficient d'oxydation, accroît l'élimination de l'urée (A. Robin), il sort le système nerveux de sa torpeur.

Aussi nutritif que le lait, plus digestible est le képhir, lait de vache « qui a subi la double fermentation lactique et alcoolique, et dans lequel s'est faite une production abondante d'acide carbonique ». Le petit-lait, regardé comme une boisson nourrissante à cause des matières albuminoïdes qu'il a retenues et des 40 à 50 grammes de sucre de lait qu'il renferme par litre, sera proscrit parce qu'il est laxatif, souvent purgatif.

Un litre du décocté obtenu par l'ébullition, pendant une minute, de l'eau dans laquelle on a déposé du veau, du bœuf, du poulet, voilà une boisson peptogène. M. Bouchard recommande le bouillon cuit avec de l'orge.

Si le malade répugne à ces amples libations, suppléez-y, comme J. Teissier (de Lyon), par quatre lavements d'eau froide dans les 24 heures, ou d'eau bouillie, ou d'eau demi-lactée, ou de décoction de camomille.

Des recherches pratiquées dans le service de M. le professeur Combemale par MM. Ingelrans et Dehon

Digitized by Google

(*L'Echo médical du Nord*, 1901, p. 558-564), et par M. Paul Vrasse (*Thèse de Lille*, 29 novembre 1901), il résulte que la quantité d'urine des typhoïdiques traités par les boissons abondantes est trois fois plus considérable que celle des typhoïdiques traités par les bains chauds ou par les bains froids, et que leur coefficient urotoxique, qui s'accroît jour par jour, est en moyenne trois fois plus élevé que celui des malades soumis à ces bains, double du coefficient normal et proportionnel au volume d'urine évacuée : « avec ce régime, la polyurie a entraîné l'hypertoxicité », traduisez : le rejet extraordinaire par les urines de toxines microbiennes et de déchets accumulés dans l'organisme. La clinique avait prouvé que le régime des boissons abondantes est suivi des meilleurs résultats dans la fièvre typhoïde : la détermination de l'urotoxicité en a fourni la raison.

S'il est vrai qu'un tiers au moins des sujets atteints de scarlatine ont de l'albumine dans les urines dès les premiers jours de cette fièvre éruptive, n'est-il pas prudent de répudier absolument du traitement des températures initiales extrêmes les antithermiques aromatiques qui restreignent la sécrétion urinaire ? Dans les formes hypertoxiques notamment, où l'élimination rénale des déchets de désintégration organique et des déchets toxiniques ne se fait pas ou se fait mal, les abondantes boissons tièdes — tièdes parce qu'on poursuit l'élimination par la voie cutanée comme par la voie des reins — seront laissées à la discrétion des malades. Et, même dans les cas de gravité moyenne et dans les cas ordinaires, il faudra ne pas en être ménager et les associer à un litre et demi au moins de lait par jour continué pendant trois semaines à l'exclusion de tous aliments : Ziegler (de Postdam), qui a institué ce traitement systématique par le lait, n'a jamais vu survenir la néphrite secondaire chez les très nombreux scarlatineux qu'il a soignés. Jaccoud a parlé dans le même sens. Hutinel prolonge le régime lacté intégral pendant quatre ou cinq semaines.

Ces réflexions s'appliquent, en ce qui concerne l'abondance des boissons, à la rougeole, à la variole, à l'érysipèle hypertoxiques dans lesquels l'émission des urines est par trop insuffisante.

Dans la grippe infectieuse où les urines sont rares, boueuses, fortement uratiques, par-ci par-là albumineuses, on ne saurait abuser des tisanes tièdes, du lait chaud, ni trop redouter l'emploi des vésicatoires et des antithermiques aromatiques ; de même dans la pneumonie, si l'on veut écarter la néphrite bactérienne (Jaccoud) ou en amoindrir la gravité.

Le salicylate de soude joint à son action spécifique dans le rhumatisme articulaire aigu le pouvoir de solubiliser les matières extractives du sang et des tissus incomplètement oxydées, et de produire — on l'a observée, paraît-il — une congestion des reins accompagnée d'envies d'uriner ou de diurèse vraie : les chimistes nous ont appris qu'il augmente notablement l'excrétion de l'urée, de l'acide urique. La dilution qu'on lui fait subir en le dissolvant dans beaucoup de liquide prévient ses effets irritants sur l'estomac et accentue ses effets précités d'excrétion des déchets de désintégration. On donne chaque prise d'un ou de deux grammes dans un bol d'eau ordinaire alcoolisée, ou d'eau alcaline gazeuse, ou de tisane diurétique ; entre temps, deux litres et demi de lait dans la journée aux adultes, un litre à un litre et demi aux enfants pendant toute la durée de la médication salicylée.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Dyspepsies. — Régime alimentaire

Par M. H. Huchard

Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Necker

II. Régime alimentaire des hypochlorhydriques.

Il n'y a pas seulement un simple trouble secrétoire dans l'hyperchlorhydrie ; la preuve, c'est qu'il existe souvent un désaccord entre les symptômes *cliniques* de l'hyperchlorhydrie et l'analyse *chimique* du suc gastrique, certains malades pouvant éprouver de vives douleurs avec une quantité de HCl moindre que chez d'autres ayant des douleurs moins vives avec une quantité de HCl beaucoup plus élevée. Cela prouve qu'un autre élément se joint à l'hyperchlorhydrie : une hyperesthésie spéciale de la muqueuse stomacale donnant lieu au spasme pylorique, hyperesthésie variable chez les différents sujets. Cela prouve encore, comme l'a dit Mathieu, que dans le cas où il y a diminution de la sécrétion chlorhydrique, l'état de la motricité peut avoir plus d'importance que le chimisme.

De même, dans les cas où la sécrétion gastrique est fort diminuée, et même dans ceux où elle est supprimée, les malades peuvent avoir une bonne santé relative pendant un temps plus ou moins long, parce que la digestion intestinale supplée celle de l'estomac tant que l'intestin, le foie, et surtout le pancréas restent en bon état, tant que l'action motrice de l'estomac reste normale. « Dès que l'atonie musculaire se joint à la diminution de la sécrétion, le tableau change du même coup, et les symptômes d'une dyspepsie intense apparaissent en plein. C'est pourquoi il est permis de dire qu'au point de vue clinique les troubles moteurs de l'estomac sont plus importants que les troubles de la sécrétion (1). »

(1) G. Mehlem. Principes du traitement diététique des maladies de l'estomac (*Soc. Vaudoise de médecine*, 5 avril 1902).

Digitized by Google

C'est pourquoi le traitement diététique peut et doit changer d'un moment à l'autre, et qu'il faut individualiser le régime pour chaque malade. Il se passe ici, dans les maladies d'estomac, ce que l'on observe dans les diverses cardiopathies où les troubles de la contractilité cardiaque viennent tout à coup modifier les indications thérapeutiques et le traitement; l'atonie musculaire de l'estomac est un phénomène analogue à l'asthénie cardio-vasculaire ou à l'hypo-systolie des maladies de cœur.

Il résulte de ces considérations que les termes d'*hypersthénie* et d'*hyposthénie gastriques*, employés par A. Robin pour caractériser ces états morbides, répondent mieux à la réalité de faits observés. Nous comprenons enfin que parfois le régime alimentaire ne suffit pas et qu'il faut encore avoir recours au traitement médicamenteux qui sera résumé plus tard.

Indications thérapeutiques. — Si parfois l'hyperchlorhydrie est l'expression symptomatique d'une sorte de « gastrite parenchymateuse hyperpeptique », on aurait tort de généraliser ce fait avec Hayem ; car, le plus souvent elle n'est qu'un simple trouble sécrétoire.

L'hypochlorhydrie n'est presque toujours qu'un symptôme, dépendant tantôt d'une lésion grave de la muqueuse (gastrite atrophique du cancer stomacal), tantôt d'un état général ou d'autres maladies (tuberculose, néphrites, maladies du cœur, affections nerveuses, neurasthénie, anémies et chlorose). Donc, il faut d'abord instituer le traitement de la cause, quand il est possible et efficace.

Quant au traitement du symptôme lui-même, il présente souvent de grandes difficultés, et c'est une erreur de croire que le régime alimentaire doit être absolument le contraire de celui de l'hyperchlorhydrie. Deux faits le démontrent déjà : d'abord les bons effets du régime lacté chez les hyperchlorhydriques et les hypochlorhydriques, et l'on sait que ce régime est souvent le seul possible dans l'anachlorhydrie du cancer ; ensuite, dans le dernier cas, l'impossibilité souvent insurmontable de faire accepter la viande capable cependant d'exciter les sécrétions gastriques et à laquelle les cancéreux opposent une invincible répugnance.

Le problème consiste à imposer à l'estomac le minimum de travail, à lui présenter des aliments d'une digestion facile et en rapport avec l'insuffisance de ses sécrétions. De plus, il faut se rappeler, comme dit Linossier, que si chez l'hyperchlorhydrique il importe de réaliser une ingestion suffisante d'hydrates de carbone, chez l'hypochlorhydrique il s'agit d'assurer la ration azotée.

Applications thérapeutiques. — D'abord, dans le but de ne pas exciter l'estomac au-delà du travail très réduit qu'il peut accomplir, on doit proscrire l'abus des crudités, des épices, des condiments à saveur très relevée auxquels sont enclins les malades.

Les *viandes* doivent être très cuites, hachées et débarrassées de leurs tendons ou aponévroses, de la graisse et de toutes les substances qui ne sont pas attaquées par les sucs digestifs. La poudre de viande est le plus souvent bien tolérée, comme les poissons bouillis, les viandes blanches, les œufs peu cuits, le pain grillé, les fruits cuits et quelques fruits crus. Les hypochlorhydriques supportent mieux le pain que les hyperchlorhydriques.

Les *fruits* cuits sont plus faciles à digérer, et à volume égal ils sont plus nutritifs parce qu'on les sucre davantage et que la cuisson leur enlève une certaine quantité de leur eau. Les fruits crus sont mieux supportés à jeun et dans l'intervalle des repas; car ils ne sont pas indigestes par eux-mêmes, ils le deviennent indirectement, en entravant la digestion des aliments absorbés en même temps qu'eux. Les sels acides qu'ils renferment toujours (tartrates, citrates, malates) sont décomposés par HCl avec formation d'un chlorure et d'acides tartrique, citrique ou malique libres, et ces derniers ne peuvent suppléer l'acide chlorhydrique auquel ils se sont substitués (Linossier). Quoique les fruits soient tous acides, ils sont peut-être les meilleurs adjuvants de la médication alcaline, puisque les sels de potasse auxquels ils doivent leur acidité sont transformés dans l'organisme en carbonate de potasse alcalin et que les urines ont une tendance à devenir alcalines après les cures de fruits bien étudiées par notre ancien interne en pharmacie Brissemoret (1).

D'après leur degré de digestibilité, les fruits doivent être classés dans l'ordre suivant : raisin, pêche et orange ; cerise, prune et fraise. Les pommes, poires, abricots sont plus indigestes. La proportion d'eau est très élevée dans les divers fruits (89 à 79 0/0). — D'après leur degré d'acidité, ils occupent les rangs qui suivent : orange, prune, cerise, raisin et pomme, poire. Les plus sucrés sont les raisins, les cerises, les poires et les pommes.

Parmi les *légumes*, prescrire de préférence les féculents azotés, pâtes alimentaires, farines de lentilles, pois, haricots, pommes de terre en purée. Les légumes verts bien cuits ne sont pas défendus, sauf les choux, les concombres, les tomates, l'oseille.

Comme *potage*, le bouillon bien dégraissé et fraîchement préparé est à recommander, en y ajoutant soit des purées de légumes, des œufs pochés, soit de

(1) *Journal des Praticiens*, 1898-1899.

Digitized by Google

pâtes alimentaires. Il résulte en effet des recherches de Kosminin, confirmées par A. Robin, que le bon bouillon détermine l'augmentation de l'acidité gastrique et de HCl, de la motilité, de la peptonisation et de l'activité de la résorption gastrique (2).

Comme *boissons*, laitage, vin blanc additionné d'une eau minérale légèrement gazeuse (eaux de Saint-Galmier, de Couzan, de Vals, source Vivaraise n° 3 ou 5). A la fin du repas, de temps en temps, un petit verre de cognac, de liqueur peu alcoolique (cassis) ou d'un élixir digestif. Ici, les boissons chaudes sont le plus souvent inutiles, et les boissons fraîches et non glacées sont suffisantes. Dans les cas d'hypochlorhydrie très accusée et surtout d'anachlorhydrie, le régime lacté exclusif est seul bien supporté, non pas parce que l'estomac peut bien le digérer, mais parce qu'alors c'est l'intestin qui se charge en grande partie de cette digestion.

Le *képhir* n° 2 (c'est-à-dire celui qui a fermenté pendant deux jours) produit de bons effets dans la dyspepsie hypochlorhydrique. Par l'acide lactique, il possède une légère action diurétique et il excite la sécrétion pancréatique. Par l'alcool qu'il contient, il stimule les forces, par l'acide carbonique il devient un anesthésique local. On commence à le prescrire à petites doses : un demi verre le premier jour et jusqu'à deux à trois bouteilles par jour. La boisson doit être absorbée lentement, par petites gorgées, dans le but d'éviter un dégagement trop brusque et trop abondant d'acide carbonique dans l'estomac.

Les digestions étant lentes et laborieuses, les repas ne doivent pas être multipliés, et, pour éviter l'intolérance et la stase gastrique, il est indiqué de ne pas procéder à un nouveau repas avant la digestion presque complète de celui qui l'a précédé. Donc, trois repas par jour sont suffisants.

Nous avons précisé les règles du massage local, et nous devons ajouter que les pratiques hydrothérapiques avec l'eau froide, plus excitante que l'eau chaude, doivent être mises le plus souvent en usage.

Pour les praticiens de la ville et surtout de la campagne, peu familiarisés avec l'examen du chimisme stomacal, il serait très utile d'établir le diagnostic de l'hypochlorhydrie et de l'hyperchlorhydrie d'après les symptômes observés. Or, ce diagnostic doit se faire ainsi le plus souvent, d'autant plus que le chimisme stomacal ne constitue pas à lui seul toute la dyspepsie, et que la sensibilité de la muqueuse et la motricité de l'estomac jouent un rôle. C'est pourquoi les termes d'*hyposthénie gastrique* et d'*hypersthénie gastrique*, adoptés par A. Robin, nous semblent préférables.

Dans l'hyposthénie gastrique, digestions lentes, laborieuses, parfois avec vomissements alimentaires; inappétence surtout pour la viande, flatulences après les repas, constipation ou diarrhée; météorisme stomacal et intestinal, sensation de pesanteur ou de douleur diffuse au creux de l'estomac.

Dans l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie, digestion plus rapide surtout des substances albuminoïdes, digestion plus lente du pain et des féculents; appétit conservé, souvent exagéré; douleurs très nettes à l'épigastre, survenant parfois pendant la nuit, souvent une à trois heures après les repas, toujours à l'état de vacuité de l'estomac, douleurs ayant pour caractère d'être calmées momentanément par l'ingestion alimentaire, ou la simple absorption d'un verre d'eau chaude ou d'infusion chaude; douleurs accompagnées ou suivies parfois de quelques vomituritions muco-glaireuses; augmentation de la soif, polyurie fréquente, souvent stase gastrique par spasme du pylore, tandis que dans l'hypochlorhydrie, il y a plutôt stase gastrique par inertie du muscle gastrique.

Telle est, d'une façon presque schématique, l'aspect clinique des deux dyspepsies. Au point de vue de la symptomatologie, leur histoire doit être étudiée dans les traités spéciaux.

(2) Kosminin, *Wratch*, 1895.

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques cas d'érythème polymorphe dus à l'imprégnation vaccinale

(Erythèmes circiné, ortié, figuré, ou vésiculeux) (Rash vaccinal)

par le Dr H. Dauchez
Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Vers le 6e, 7e et 8e jour qui suit la vaccination il arrive parfois d'observer des érythèmes variés, depuis la simple roséole jusqu'à la série des érythèmes papuleux et des érythèmes circinés, ortiés, figurés, pouvant même devenir vésiculeux.

Ces érythèmes contemporains de l'éruption vaccinale, toujours bénins, peuvent néanmoins troubler la santé des jeunes enfants par l'intensité considérable du prurit, par la généralisation de ce véritable rash vaccinal qui témoigne de l'envahissement de l'organisme par l'agent virulent du vaccin.

Les deux premières observations que nous rapportons ici ont trait à deux frères et sœurs. Il semble donc que l'herpétisme familial ait joué un rôle appréciable dans ces efflorescences. Le troisième, cas isolé, quoique très résumé, nous a été relaté par notre confrère et ami M. le Dr Gauchas.

Digitized by Google

Obs. I. — Personnelle. Au mois de mars 1897 nous vaccinions à Paris une petite fille de 2 mois, Madeleine X.... vigoureuse, blonde, née à terme, pesant alors 8 livres, nourrie au sein, et n'ayant sur le corps aucune trace d'eczéma. Depuis quatre ans d'ailleurs elle n'en a jamais eu.

Deux de ses frères (elle en avait quatre) sont très sujets à l'urticaire et deux de ses sœurs ont eu des eczémas rebelles, persistants, à répétitions. Le père et la mère sont sains.

Le 27 mars, cette enfant est vaccinée (4 piqûres à chaque bras) avec du vaccin de génisse, fourni par l'Académie.

Le 31 mars, le vaccin est visible; et le *3 avril* (7e jour) cinq pustules sur huit, bien développées, larges, plates, ombiliquées, apparaissent à l'épaule gauche.

Le 3 avril, bien qu'il n'y ait aucune élévation de température (37°,5 dans le rectum), tout le moignon de l'épaule gauche paraît couvert d'un énorme placard rouge diffus.

Cette plaque est surchargée de papules blanches, circulaires, du volume d'un grain de blé.

Presque simultanément, *le 4 avril*, de nouveaux placards érythémateux et symétriques apparaissent successivement sur le moignon de l'épaule droite, puis sur les joues droite et gauche très symétriquement.

Chacun d'eux présente les caractères suivants : congestion intense des téguments avec épaississement et induration apparente donnant très exactement à la région un aspect festonné, polycyclique, géographique.

Le 5 avril (9e jour), l'éruption se poursuit dans les deux aisselles, avec redoublement de prurit à chaque nouvelle poussée de papules ortiées blanchâtres.

Le soir du *5 avril* de nouvelles papules apparaissent au front et sur la moitié externe du dos des deux pieds.

Enfin, çà et là des plaques rouges, isolées, moins étendues, surgissent sur la jambe droite et sur le dos de la main gauche.

Malgré le prurit très aigu que provoquent ces larges éruptions, malgré l'insomnie qui, durant trois nuits, agitait cet enfant, la température rectale ne dépasse pas 37°,2.

Le 6, 7, et 8 avril (12e jour), l'éruption se poursuit, mais affecte un autre aspect, la forme circinée, ovale ou orbiculaire.

Nous voyons, en effet, paraître en dedans du mamelon gauche, sur l'omoplate gauche et sur la 6e côte droite, trois anneaux érythémato-vésiculeux, absolument ovales ou circulaires à centre sain. Ces bandes rouges, d'un centimètre de large, décrivent des cercles parfaits ou des ellipses très régulières de 4 à 5 centimètres de diamètre. Sur ces bandes rouges sont enchâssées, comme des perles fines, de 100 à 150 vésicules très ténues.

Rien de semblable à la plante des mains et des pieds. Rien dans la zone génitale. Les muqueuses sont indemnes.

Le prurit, toujours très intense, céda néanmoins peu à peu suivant la régression de l'urticaire, au fur et à mesure de la disparition des éléments papuleux.

Le 9 et 10 avril (14e jour), l'érythème circinné pâlit, puis disparaît. Des macules rougeâtres succèdent à l'érythème ortié vésiculeux et persistent jusqu'au *12 avril*, soit 14 jours après la vaccination.

A quelle cause peut-on rattacher ces éruptions contemporaines et satellites de la vaccine? A la sursaturation de l'économie par ces pustules de larges dimensions.

Faut-il attribuer ces efflorescences aux impuretés du vaccin, ou tout simplement aux grattages comme l'admettait notre bien regretté confrère et ami Feulard?

Nous ne le croyons pas, en raison de la configuration géométrique de ces érythèmes, et surtout des poussées successives d'érythèmes marquant, ce nous semble, une imprégnation successive des centres nerveux par le vaccin, comme en témoignait la symétrie des éléments éruptifs.

Obs. II. — Le 5 février 1901, nous vaccinions le frère cadet de la petite fille de l'observation I, avec du vaccin recueilli trente jours auparavant rue Ballu; ni l'enfant ni sa garde ne présentèrent la moindre pustule.

Dix jours plus tard, je revaccinais à nouveau les deux mêmes sujets, avec du vaccin de génisse recueilli à Tours.

Cette fois, le vaccin prit chez ce jeune sujet et fournit une seule pustule de moyen volume. Mais simultanément, du sixième au onzième jour, c'est-à-dire en pleine période vaccinale, sans fièvre, sans aucune pustule supplémentaire, surgissaient de vastes placards érythémateux sur le dos, l'épaule gauche, sur le thorax et sur les cuisses.

En même temps apparaissaient autour du cou, sur les joues, sur le front, sur le dos des mains, à la jambe et au pied gauches, des groupes de papules d'un rouge foncé, constituant des macules d'un centimètre carré environ.

Du sixième au neuvième jour, l'érythème confluent ou discret resta tel, disparaissant à la pression du doigt.

Du neuvième au onzième jour, l'érythème en placard devient circiné et, suivant les régions, circulaires, en croissant, voire même quadrillé, réseau à mailles rouges ou polygonales avec centre pâle ou légèrement surélevé.

Du onzième au quinzième jour, les macules s'effacent progressivement en laissant la peau marbrée.

Malgré l'apyrexie constante du premier au quinzième jour, l'enfant qui jusque-là augmentait de 32 grammes par 24 heures, resta stationnaire.

Depuis lors cet enfant, âgé actuellement de vingt mois, a souffert d'une poussée d'eczéma chronique de la face et du tronc, pendant quatorze mois, eczéma survenu après six mois de parfaite santé, c'est-à-dire longtemps après la vaccination.

Deux facteurs principaux peuvent ici entrer en ligne de compte, la virulence du vaccin, l'herpétisme familial et la prédisposition individuelle.

Obs. III. — Très résumée, communiquée par M. le Dr Gauchas, ancien interne des hôpitaux.

Le Dr Gauchas a observé en ville un enfant vacciné treize jours auparavant, et atteint d'érythème vésiculeux et bulleux. L'éruption érythémato-vésiculeuse rappelait, comme aspect, les petites bulles de la varicelle dont elles présentaient les mêmes dimensions. L'exanthème limité d'abord au bras, ressemblait à s'y méprendre à un zona du plexus brachial; mais en outre il s'étendait (en diminuant cependant) à la poitrine, un peu au dos; rien ailleurs, sauf un élément à la face.

Dans ces derniers points (thorax et face), la ressemblance avec la varicelle est frappante.

Le dix-septième jour après la vaccination (4e de l'érythème vésiculeux) les bulles-vésicules sont troubles, deviennent purulentes, quelques-unes commencent à fournir des croûtes, etc.

Digitized by Google

Réflexions. — Cette observation, quelque intéressante qu'elle puisse être, nous paraît douteuse en tant qu'érythème vaccinal, de par son laconisme, et de par l'uniformité des lésions qui paraissent varicelliques. On sait en outre la compatibilité du vaccin et de la varicelle, fait parfaitement démontré. Il eût fallu savoir si la varicelle régnait dans le milieu familial; enfin, l'absence du polymorphisme, de la figuration des éléments s'éloigne du tableau clinique des exanthèmes vaccinaux. Néanmoins, il est rare, très rare croyons nous, de voir la varicelle limitée à un membre et à la face.

En ce qui concerne l'origine virulente des exanthèmes de nos deux premières observations, elle nous semble indéniable de par la régularité, la fixité de leur apparition du sixième au onzième jour de la vaccination et par sa persistance.

Dans notre thèse inaugurale (1883 1884) et dans plusieurs articles successifs, nous avons cru pouvoir soutenir que la vaccine, très exceptionnellement d'ailleurs, affectait les allures des fièvres éruptives, et que la vaccine généralisée n'était pas toujours due à une auto-inoculation.

Ces observations sembleraient confirmer notre première opinion. C'est à ce titre que nous croyons intéressant d'appuyer cette proposition sur deux nouveaux faits.

Une dernière conclusion se dégage de l'observation II, à savoir l'inégale virulence des divers vaccins de génisse dont l'un échoue, alors que l'autre provoque un érythème généralisé.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Méry

Spasme de la glotte

Un enfant de 17 mois, bien conformé, d'aspect satisfaisant, a été nourri au sein maternel jusqu'à l'âge de 7 mois. Sa mère a eu une grossesse antérieure, menée à bonne fin. L'enfant est entré à l'hôpital pour des crises de suffocation ; tout d'un coup, le plus souvent à l'occasion de la colère ou d'un cri, l'enfant s'arrête de respirer ; un bruit inspiratoire intermédiaire entre la reprise de la coqueluche et le spasme du hoquet, une sorte de gloussement se fait entendre ; cela dure quelques secondes et la respiration reprend normale. C'est un spasme de la glotte atténué; les symptômes asphyxiques n'ont pas le temps d'apparaître. L'âge de l'enfant d'ailleurs commençait déjà à le mettre à l'abri de ces derniers accidents. Le spasme de la glotte, fréquent entre 4 et 10 mois, diminue d'intensité avec l'âge. Plus tard, le larynx se développe, l'espace interaryténoïdien s'élargit, les occlusions spasmodiques sont bien moins à redouter.

La maladie ne reste pas d'ordinaire bénigne comme chez le bébé actuel. Le plus souvent, une fois la respiration arrêtée en inspiration, les signes s'aggravent. La tête se rejette en arrière, le regard devient fixe, les yeux se convulsent en haut et en dedans. Le pouls se fait petit, filiforme, l'enfant prend une teinte violacée. Il succombe assez souvent. En une minute la mort peut être là. Quand l'issue est favorable, une inspiration profonde annonce la fin de la crise. Mais celle-ci peut encore être compliquée de convulsions généralisées ou de tétanie avec contracture des extrémités. Le nombre des accès est variable ; on en peut compter jusqu'à 25 et 30 par jour. Lorsque les accès se répètent avec cette richesse (état de mal), l'enfant s'amaigrit et ouvre porte à des complications infectieuses graves (broncho-pneumonies).

Les causes de la maladie tiennent à l'hérédité nerveuse, exagérée par des causes occasionnelles : la colère, les efforts, les troubles digestifs. Le spasme de la glotte signalé dans le rachitisme est provoqué sans doute par les troubles digestifs qui ont cours dans cette dernière maladie.

Le bébé actuel pourrait bien relever d'une étiologie pareille. On trouve chez lui quelques signes de rachitisme greffés sur son état général d'apparence prospère. Le ventre est un peu gros ; les côtes inférieures sont légèrement écartées en dehors ; on découvre quelques nouures à leur surface. Au crâne, les bosses occipitales et pariétales sont plus développées que de coutume.

Le traitement de la crise elle-même se montre assez pauvre : le médecin arrive toujours trop tard. On a parlé de tubage : comment pratiquer le tubage pour des accidents dont la durée totale peut ne pas dépasser une minute ? Le praticien recommandera, en cas de retour du spasme, des flagellations d'eau froide sur le corps, et des tractions rythmées de la langue. Les inspirations d'éther, si les convulsions surviennent, pourront être utilisées.

Chez le nourrisson, on recommandera la reprise de l'alimentation au sein ; on supprimera le lait stérilisé.

Le spasme de la glotte atténué, tel qu'il se retrouve chez le petit malade de M. Méry, annonce parfois un spasme de la glotte plus grave qui se produira dans la suite. En ville, cette inspiration spasmodique chez un nourrisson a permis à M. Méry de prédire un spasme de la glotte qui est, en effet, survenu quelques jours plus tard. On cherchera à empêcher cette aggravation en prescrivant des antispasmodiques. La potion suivante rendra des services :

Digitized by Google

Teint. éth. musc	20 gouttes
— belladone	5 à 10 —
Eau de laurier-cerise	3 grammes
Sirop de fleurs d'oranger...	20 —
Eau de tilleul	100 —

5 à 6 cuillerées à café par jour.

Au lieu de la prescrire en potion, la teinture éthérée de musc pourra être ordonnée en gouttes : 5 à 10 gouttes par jour.

On a également recommandé l'oxyde de zinc (10 à 40 centigr.) et M. Méry se trouve bien de l'emploi de l'antipyrine (25 à 50 centigr. et au delà).

Formulaire du Praticien

La coqueluche

La coqueluche dure plusieurs semaines et le praticien a peine à se retrouver au milieu des médications innombrables qui sont ordonnées.

1° A la période de bronchite initiale (8 jours), une potion à la poudre de Dower rendra des services. Nous supposons un enfant de 5 ans. Il prendra, toutes les trois heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Poudre Dower	0 gr. 15
Alcoolature de rac. d'aconit	5 gouttes
Eau de laurier-cerise.	3 grammes
Julep gommeux	150 —

Des infusions chaudes (violettes, bourrache, fleurs pectorales) sont ordonnées concurremment.

Les gargarismes antiseptiques seraient utiles. Mais l'enfant n'arrive pas à les pratiquer. On se contentera de lui faire rincer la bouche avec 10 gouttes du mélange suivant dans un verre d'eau, 4 fois par jour :

Teinture de cannelle	} àà 20 grammes
— d'eucalyptus.	
Alcool à 90°	80 —
Thymol.	3 —

L'antisepsie des fosses nasales sera réalisée par des injections de quelques gouttes d'huile mentholée (1/100), 3 fois par jour.

2° Dans le second septénaire, continuation des soins antiseptiques de la bouche, pulvérisations autour du lit de l'enfant, de solutions antiseptiques (eau phéniquée, 3/1000, eau boriquée, 30/1000, solution gomenolée, 2,50/1000, etc.). Ces pulvérisations seront répétées 3 fois par jour pendant 20 minutes.

Puisque nous parlons de l'eau gomenolée, n'oublions pas de mentionner un traitement de la coqueluche qui a donné de bons résultats au Dr Leroux et à d'autres : injections sous-cutanées d'huile gomenolée au 1/5 à la dose de 5 c c. au début, pour monter à 8 c.c. et enfin 10 c.c. Dans les observations publiées, ce traitement a amené la guérison en une moyenne de 15 jours.

En outre, 6 fois par jour, une cuillerée à café du sirop suivant :

Antipyrine	3 grammes
Sirop belladone	20 —
Oxymel scillitique	} àà 40 —
Sirop gomme	

L'oxymel scillitique a été proposé en 1886 par Netter (de Nancy) qui en a retiré d'excellents résultats.

Si les quintes de toux persistent, les quantités de sirop pourront être augmentées.

Le bromoforme donne des résultats inégaux; prôné par les uns, il est accusé par les autres de produire à dose d'action des accidents toxiques.

En cas d'insomnie, en plus, une cuillerée à café, au coucher, du sirop suivant dans un peu d'eau :

Bromure de potassium	8 grammes
Chloral hydraté	4 —
Sirop de fleurs d'oranger...	100 —

3° Dans le troisième septénaire, la famille s'impatiente. Il faut varier la médication. Au moment des quintes de toux, l'enfant respirera des vapeurs d'iodure d'éthyle (le médicament étant contenu dans un flacon à large goulot, procédé de Amat).

En outre on pratiquera, 3 fois par jour, à l'aide d'un tube de verre. des insufflations intra-nasales avec la poudre :

Benjoin pulvérisé	4 grammes
Sous-nitrate de bismuth	6 —
Sulfate de quinine.	1 —

Pendant toute la durée du mal, on évitera que l'enfant s'expose aux refroidissements et les repas devront être multipliés et administrés dans l'accalmie qui suit les crises afin de pallier l'affaiblissement résultant des vomissements répétés.

Nous n'avons pas parlé de la sérothérapie de la coqueluche. Elle reste sans résultat : soit qu'on emploie le sérum antidiphtérique ou bien le sérum anticoquelucheux du Dr Leuriaux. C'est ce qui ressort d'une facon décisive de l'excellent livre de M. Roques, qui vient de paraître sur le traitement de la coqueluche (J.-B. Baillière, 1902).

Lotion à l'ammoniaque contre le prurit du cuir chevelu.

Ammoniaque liquide.....	2 cuiller. à café	
Rhum.....	3 —	à soupe
Eau de feuilles de noyer..	1 verre	

(Brocq).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

manifestation rare de l'hystérie au cours fièvre typhoïde. — Les manifestations de rie sont innombrables. Rien de plus aisé de ıister lorsqu'elles sont banales. N'est alors par la « grande simulatrice » que celui qui en se laisser tromper. Il en va tout autrement l'hystérie affecte des modalités bizarres. On as croire à une nouvelle supercherie de l'hys-

ommencement d'octobre entrait dans le ser- M. le Dr Huchard une malade atteinte de do- thérie en plein coma. Les membres étaient on pouvait traverser les téguments avec une sans arracher la moindre plainte. Les pau- taient closes, les globes oculaires convulsés et immobiles. Etait-ce un coma typhique? r si la stupeur est une des manifestations les ırantes de la fièvre typhoïde tellement qu'elle lu son nom, cet état de tuphos ne va pour- ais jusqu'au coma absolu. Deux hypothèses ılors également possibles : ou bien on était ınce d'un diabète latent, ou bien c'était de e. On examina les urines ; elles contenaient , mais pas d'acétone. L'idée d'un coma dia- ıu cours d'une dothiénentérie était tentante. oma avait je ne sais quoi de si absolu et de peut-on dire à la fois, que, malgré les indi le l'urine, M. le Dr Huchard posa le dia- e coma hystérique. La prévision s'est pleine- lisée.

ıt deux jours encore la malade reste dans nous avons dit. Puis tout à coup au troi- r elle se réveille brusquement, regarde au- le et exécute quelques mouvements. Mais ilité reste complète comme au premier

endemain de ce réveil la sensibilité revient ; au bout de deux jours elle est redevenue

impossible de trouver des stigmates d'hys- cette femme une fois éveillée. Rien dans ne peut faire présumer l'hystérie.

onc une femme qui n'avait semblé et ne aintenant que l'orage est passé, nullement . Survient une fièvre typhoïde grave, elle es plus typiques manifestations d'hystérie ssent voir.

ons vu combien le diagnostic était délicat de la concomitance d'une fièvre typhoïde et d'une glycosurie. Il l'était encore bien davantage en raison de la rareté extrême de pareil complexus. Certes on a décrit à la suite de Dupré des méningismes innombrables au cours d'affections aiguës, au cours d'affections de nature inconnue et bien avant Dupré tout cela était déjà parfaitement décrit sous le nom de pseudo-méningite. On savait, en particulier, combien la fièvre typhoïde est hystérogène. Huchard dans le *Traité des névroses*, de Axenfeld et Huchard, développe longuement ce point.

Mais si les pyrexies sont hystérogènes, elles produisent presque toujours ou bien des manifestations pseudo-méningitiques, contractures, convulsions, avec photophobie, cris du malade, ou bien des anesthésies. Ici tout au contraire nous avons un phénomène qui n'a point été encore observé : le coma pur et simple. L'observation de M. Grasset (Méningisme au cours d'une fièvre typhoïde, Montpellier 1895), la seule qui se rapproche de la notre, comporte des phénomènes bruyants dits « méningés » qui n'existaient pas chez notre malade. Notre cas de méningisme, s'il est permis d'employer le mot, n'a pas été un *méningisme actif*, mais un *méningisme d'inhibition*. Pareils méningismes doivent être très rares, car nous n'en connaissons à l'heure actuelle aucune observation.

Cet épiphénomène ne semble pas avoir été dans notre cas l'expression d'une gravité particulière de la maladie. Notre typhique a fait une fièvre normale et se trouve à l'heure qu'il est en pleine convalescence. L'histoire de cette malade montre combien est importante la connaissance des manifestations hystériques pour éviter de faire un pronostic inutilement sombre. Ce pronostic est généralement assez vite démenti, et pour une fois la guérison inespérée du malade n'ajouterait pas à la réputation du médecin. — L. Ambard.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le sérum de Menzer dans les rhumatismes aigus et chroniques. — Le salicylate de soude est le meilleur médicament que nous ayons encore contre le rhumatisme; mais il lui manque une qualité pour être l'idéal : il n'est pas une médication pathogénique.

Le rhumatisme est très certainement de nature infectieuse : son traitement logique devrait donc consister en une sérothérapie. Malheureusement les tentatives en ce sens ont à peu près complètement

Digitized by Google

échoué. C'est surtout le sérum antistreptococcique que l'on a essayé. A quoi tiennent ces échecs? Le sérum était-il insuffisamment actif, ou l'hypothèse de la nature streptococcique du rhumatisme insuffisamment vraie? Il est bien difficile à cette heure d'en décider.

Quoi qu'il en soit, l'espoir de trouver le sérum spécifique du rhumatisme est loin d'être encore abandonné, et même dernièrement encore Menzer, en utilisant un sérum préparé selon les procédés de Krumbein et Tavel, aurait eu dans les services des professeurs Senator et von Leyden les résultats les plus encourageants. (*Serumbehandlung bei acutem und chronischem Gelenkrheumatismus. Menzer Zeitsch. für Kl. Med.. 47 Bd.* 1902).

Le sérum de Menzer n'est pas comme celui de Marmorek, obtenu en inoculant des chevaux par des streptocoques rendus virulents par le passage sur des animaux successifs : il provient de chevaux inoculés directement avec les microbes prélevés sur les amygdales enflammées des rhumatisants.

Chose extrêmement intéressante, ce sérum serait efficace non seulement dans le rhumatisme aigu, mais aussi dans le rhumatisme chronique.

Le traitement comporte cinq ou six injections de 10 cent. cubes chacune. Les injections qui sont toujours indolores produisent d'abord une vive réaction thermique, et les douleurs articulaires augmentent d'intensité. Mais au bout de quelques jours, douleurs et température disparaissent, et on peut compter sur une guérison définitive en une ou deux semaines.

L'extrême obligeance de M. Merk, de Darmstadt nous a permis d'expérimenter à l'hôpital Necker, le sérum de M. Menzer dans deux cas de rhumatisme. Notre premier malade avait été atteint pour la première fois d'un accès de rhumatisme articulaire aigu franc, le 8 octobre 1902. Resté quelques jours chez lui sans se soigner, il rentre dans notre service le 21 octobre. Les deux genoux sont très douloureux; la température est à 38°. Le 22, première injection, la température s'élève à 38°,5. Les douleurs articulaires redoublent et gagnent le pied. On est forcé de prescrire de la morphine. Le 24, seconde injection, les douleurs gagnent le rachis et l'épaule droite. Le 25, troisième injection : même état du malade. Le 28, quatrième injection, le malade souffrant toujours autant et la température qui, pendant les trois jours précédents, s'était maintenue à 38°, ayant atteint de nouveau 38°,5, nous abandonnons le sérum pour l'acétyl-salicylate de soude. Avec ce dernier médicament une détente rapide se produit, et le malade quitte bientôt le service.

Notre second malade souffrait de douleurs rhumatismales passées à chronicité depuis 3 mois et localisées aux deux articulations tibio-tarsiennes. Chez ce malade complètement apyrétique avant la sérothérapie, nous observons une température de 38° après les deux premières injections, et 39°,2 après la troisième ; les douleurs qui ne s'étaient jamais manifestées qu'au pied gagnent à un moment donné l'épaule droite et la main ; l'articulation métocarpo-phalangienne du médius droit est gonflée et très douloureuse. Après la quatrième injection, au dixième jour du traitement, nous abandonnons le sérum pour l'acétyl-salicylate de soude. Ce dernier médicament n'améliore d'ailleurs pas l'état premier du malade.

Dans les deux cas, nous avons vu se produire des érythèmes très prurigineux aux lieux des piqûres. Mais à aucun moment nous n'avons constaté de l'albuminurie.

Deux essais sont insuffisants pour juger une médication. Aussi nous proposons-nous de poursuivre l'étude de ce sérum qui semble avoir donné en pays d'Outre-Rhin, des résultats si favorables dans les services des professeurs Senator et von Leyden. — Huchard et Ambard.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le diagnostic de la maladie kystique du sein. — La maladie kystique de la mamelle ou maladie de Reclus (*Revue de chirurgie*, octobre 1883) est due à la dilatation et à la transformation kystique d'un nombre considérable d'acini de la glande mammaire. D'ordinaire bilatéraux, les kystes peuvent rester très petits, dépasser à peine le volume d'un grain de blé ou d'un pois ; plus souvent ils grossissent, soit par fusion de plusieurs kystes voisins, soit par développement de l'un d'entre eux. L'affection, si elle est parfois aisée à diagnostiquer, soulève dans d'autres cas des difficultés très grandes. On la prend pour un fibrome, un cancer. L'erreur est-elle commise avec le fibrome, les inconvénients sont négligeables. L'ablation simple convient à la tumeur kystique comme à la tumeur fibreuse. Pour un cancer c'est autre chose : on conclut à l'amputation large, étendue des deux seins. La maladie kystique ne réclame pas une telle prodigalité dans les délabrements. Les auteurs, après avoir attribué à cette affection une nature épithéliomateuse, ont grandement rabattu de leur exagération. Ils se contentent aujourd'hui d'en faire une maladie fort bénigne, une mammite chronique, pour laquelle toute opération largement mutilante est injustifiée.

M. le Dr Bégouin, ayant observé quatre cas récents de maladie kystique dans le service du Pr Demons (de Bordeaux) insiste sur l'importance du diagnostic (*Journal de méd. de Bordeaux*, 12 oct 1902). Il ne

Digitized by Google

s'agit pas de confondre la maladie kystique avec le cancer et la confusion a dû être souvent commise, si l'on en juge par la fréquence de la maladie kystique, beaucoup plus répandue qu'on ne le croyait tout d'abord.

L'âge des malades, le développement, la consistance, l'aspect de la surface, la nature des contours ne permettent pas de conclure. Chez deux de ses malades, M. Bégouin avait trouvé l'âge du cancer (54 et 39 ans), le développement rapide, la consistance dure, la surface irrégulière, les limites imprécises de la tumeur maligne. Mais il manquait d'autres signes : l'ulcération, l'altération de la peau, la rétraction du mamelon ; la tumeur n'était pas d'une dureté ligneuse et de limites très diffuses ; dans l'aisselle manquaient les gros ganglions durs, indolents, adhérents, caractéristiques. Au surplus, la mobilité sur le tissu glandulaire était plus grande que dans le cancer et se rapprochait de celle qu'on rencontre dans les fibromes; la consistance était dure, mais d'une dureté non ligneuse, plutôt élastique ; puis, notion importante, une pression un peu soutenue exercée sur des tumeurs de cet ordre fait assez souvent sourdre un liquide séreux par le mamelon, en même temps que la consistance de la masse intramammaire moins tendue, s'assouplit, devient rénitente, quelquefois même fluctuante. Ces dernières constatations ne permettent guère de songer au cancer.

Néanmoins, on ne se bornera pas à ces constatations premières. Le diagnostic se précisera par l'examen du reste de la glande et la glande du côté opposé. On recherchera les nodosités à la palpation, on se rappellera cette sensation de pois, de grains de plomb, de noisettes enchâssés dans la glande que détermine leur présence. La maladie kystique étant presque toujours bilatérale (Reclus), le sein du côté opposé fournira des renseignements de haute valeur.

Le cancer, il est vrai, peut parfois présenter plusieurs noyaux et être bilatéral ; les adéno-fibromes, la mammite chronique peuvent affecter la même distribution. Mais dans le cancer à noyaux intramammaires multiples, la peau est rarement intacte, d'ailleurs les nodosités ne sont jamais nombreuses comme dans la maladie kystique et dépassent à peine le chiffre de 3 ou 4. Enfin dans cette forme de tumeur maligne, les ganglions axillaires sont envahis d'une façon particulièrement précoce. Quant au diagnostic d'avec les adéno-fibromes et la mammite chronique, les signes extérieurs étant souvent les mêmes, on devra, pour asseoir son jugement, user de la ponction exploratrice. Dans la mastite chronique, on retirera parfois une goutte de pus. Si les adéno-fibromes kystiques donnent un résultat positif à la ponction, ils n'offriront jamais cette dissémination de lésions qui constitue le syndrôme de Reclus. Dans la maladie kystique, le liquide retiré est visqueux, brun-verdâtre ou citron ; mais que le praticien n'espère pas extraire grande quantité de liquide; quand les nodosités sont petites, c'est à peine s'il pourra compter sur une goutte. Toutefois cette goutte sera suffisante, elle permettra de conclure nettement à la présence d'une maladie kystique. D'où le conseil judicieux donné par M. Bégouin et dont les praticiens pourront faire leur bénéfice. Quand on aura de grandes raisons de penser à un cancer, il sera toujours prudent, avant d'enlever le sein, de *commencer l'opération par une incision exploratrice* faite en pleine tumeur, qui permettra, d'après l'aspect de la coupe, de juger de l'exactitude du diagnostic.

MÉDECINE D'URGENCE

Le lavage d'estomac

Ayant joui, il y a une vingtaine d'années, d'un succès de vogue qui n'allait rien moins qu'à le prescrire dans toutes les maladies gastriques, le lavage est devenu aujourd'hui ce qu'il aurait dû rester dès le début : une médication d'urgence. Elle remplit cette condition dans deux sortes d'affections très distinctes : les empoisonnements et certaines affections gastriques, dans les empoisonnements d'origne buccale et aussi dans les empoisonnements produits par voie hypodermique (morphine, poison de la vipère), ou par voie pleurale ou kystique (iode), lorsque le poison ainsi absorbé s'élimine par la muqueuse gastrique. Quant aux dyspepsies elles s'accommodent le plus souvent très mal du lavage stomacal. Pour que celui-ci ait chance de soulager et de ne pas nuire, il faut la réunion de plusieurs conditions : 1° violentes douleurs ; 2° évacuation pylorique de l'estomac difficile ou retardée (Albert Robin). Dans ces cas, on pourra pratiquer le lavage de l'estomac.

Il pourra en outre donner de bons résultats dans l'occlusion intestinale ; mais déjà en pareil cas, il ne sera considéré que comme un adjuvant au traitement et non comme une médication d'urgence. Quant à l'urémie et aux affections gastro-intestinales de l'enfance où le lavage gastrique avait été employé, il ne nous a pas semblé qu'il rende de grands services dans pareilles maladies. Le lavage intestinal, bien mieux que le lavage gastrique, réussit chez les bébés qui ont la diarrhée et chez les urémiques. Les bébés particulièrement ne se trouvent pas toujours bien du lavage stomacal, et Marfan a observé du collapsus et des convulsions à plusieurs reprises, quand il essayait sur eux semblable tentative.

Intoxications. — Le praticien usera du tube de Faucher et de l'eau pure. Certaines substances pour-

Digitized by Google

ront être ajoutées à l'eau dans le but de neutraliser les poisons ; ainsi on usera d'*eau albumineuse* dans l'empoisonnement par le *mercure*, de *magnésie calcinée* dans l'empoisonnement par les *divers acides minéraux*, d'*eau vinaigrée* dans l'empoisonnement *par le soude où la potasse*, d'une solution de *sulfate de soude* (*50/1000*), dans l'empoisonnement par l'*acide phénique*. Faute de tube de Faucher, un vomitif, le premier qu'on trouvera sous la main, sera administré.

Affections gastriques. — On avait abusé du lavage gastrique dans les dyspepsies. Grâce à cette méthode, les malades tombaient dans l'inanition par l'évacuation alimentaire de l'estomac, et ils allaient plus mal, le lavage pouvant déterminer une excitation qui ne faisait qu'aggraver la maladie.

Le lavage gastrique n'est autorisé qu'en cas de douleurs vives et d'impossibilité dans l'évacuation du contenu gastrique (Albert Robin). Ces deux conditions se trouvent remplies : 1° dans les fortes distensions stomacales liées à de la contracture ou à un rétrécissement du pylore ; 2° dans l'hyperchlohydrie avec hypersécrétion, quand les douleurs sont très vives. En pareil cas, le soulagement est immédiat. Les malades eussent-ils un ulcère et des hématémèses, la contre-indication n'est pas toujours formelle. Il y a une quinzaine d'années, je traitais un adulte atteint d'hyperchlohydrie avec hypersécrétion. Il existait un ulcère. Les hématémèses faisaient suite à de vives douleurs et rien ne calmait ces dernières qui duraient depuis plusieurs mois. Le régime lacté, les poudres absorbantes, la morphine, n'étaient suivis que d'un soulagement passager. J'usai du lavage d'estomac, les douleurs disparurent et avec elles les hémorragies qui faisaient suite. Depuis, M. Linossier a rapporté des observations analogues (*Journal des Praticiens*, 1901, p. 165) ; 3° le cancer de l'estomac. Il suffit toutefois qu'en pareil cas le lavage d'estomac ait donné lieu à des morts subites pour qu'on regarde à deux fois avant d'y recourir. Quand il y a sténose du pylore, le lavage de l'estomac calme les douleurs et les vomissements. On comprend qu'il ne puisse s'agir que d'un soulagement momentané. Certains auteurs ont même prétendu que chez les sujets débilités, le lavage d'estomac produisait des effets fâcheux. Le Dr Collignon pense que le lavage de l'estomac, en débarrassant l'estomac des cancéreux de la couche de mucus qui les protège et aussi en excitant la vitalité des éléments de la muqueuse gastrique, risque de favoriser une véritable auto-infection, par l'absorption des toxines cancéreuses qu'il favorise.

Une fois le lavage commencé, à quels intervalles le faut-il reprendre ? Non pas quotidiennement et sans qu'il y ait raison d'y revenir. Les deux grandes conditions du début : 1° évacuation difficile ; 2° douleurs vives liées à cette évacuation difficile — devront de nouveau se montrer. — Le praticien, à l'aide d'une médication appropriée, veillera à retarder autant que possible la réapparition de ces phénomènes. De même que la saignée, le lavage d'estomac n'est pas une médication d'habitude ; c'est une médication d'exception et qui doit rester dans le cadre des indications d'urgence. On y recourt quand il est nécessaire Seulement, toute une médication sera dirigée contre le retour de pareille nécessité — contre la stagnation stomacale et contre la dilatation — causes premières.

Le lavage de l'estomac ne combat jamais que des effets. On tâchera de n'y recourir que tous les deux ou trois matins, en moyenne.

En dehors de ces maladies, le lavage a encore été employé dans d'autres affections gastriques. On l'a recommandé dans l'embarras gastrique, l'indigestion, les dyspepsies hypopeptiques. Les boissons chaudes (eau chaude, 2 à 3 bols à 20 minutes d'intervalle) nous ont semblé agir à moins de frais et tout aussi bien. — Ch. Fiessinger.

CHIRURGIE D'URGENCE

Pronostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Parmi les fractures, celles de l'extrémité inférieure du radius réservent le plus d'ennui au praticien. Le pronostic en est douteux : bien heureux si l'ankylose complète n'est pas le résultat des soins. D'où vient cette gravité particulière ? De plusieurs raisons; Vallas de Lyon (*Soc. méd.*, Lyon 1901) accuse surtout la complexité des lésions. Les tendons sont gênés dans leur fonctionnement par la coudure plus ou moins complète que leur inflige la déviation des fragments osseux. Le radius est raccourci, il y a « télescopage » (Destot), c'est-à-dire pénétration des fragments. Il en résulte une subluxation du cubitus en dehors qui disjoint le ligament triangulaire. La direction de la surface articulaire est changée, elle n'est plus horizontale mais oblique en haut et en dehors. Quelquefois même le cubitus est entraîné latéralement par le radius, tellement que son apophyse styloïde se rompt, dans 31 pour 100 des cas (pour Beck, *Arch. f. Clin. Chir.*, 1901). Une autre complication peut encore se produire; Beck signale parfois l'éclatement et l'arrachement des petits fragments osseux au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Le carpe n'est pas davantage à l'abri des dommages. Le scaphoïde est souvent fracturé, Destot l'affirme en se fondant sur l'examen radiographique. Il peut y avoir des subluxations du semi-lunaire, Albertin de Lyon les a décrites. Tant d'accidents de divers ordres suffisent largement à expliquer les surprises d'évolu-

Digitized by Google

tion de ces fractures : multiplicité des fragments qui rompent l'harmonie de la surface articulaire, dissociation du condyle carpien, dislocation de l'articulation médio-carpienne. Tous ces facteurs concourent à gêner la réduction ; celle-ci même est elle faite, la guérison n'est pas assurée. Il faut encore compter avec l'ankylose possible, car les lésions intra-articulaires vont entretenir l'arthrite et celle-ci outre l'ankylose laisse encore debout les risques des amyotrophies consécutives (Destot, *Lyon Médical*, 1902).

Que faire en présence de semblables conjonctures? Au début du mal le praticien sera circonspect ; il ne répondra pas de la guérison complète ; la possibilité de suites fâcheuses est à craindre. Est-il en ville? une radiographie en lui faisant connaître l'intensité et la nature des lésions lui sera souvent d'une grande utilité. Il reste le point délicat du traitement.

Supposons la déviation à peine marquée : le massage fait méthodiquement pendant une quinzaine de jours peut suffire ; la guérison sera complète. Cette heureuse éventualité est rare ; dans les cas les plus fréquents on se trouve en face de la déformation classique en dos de fourchette avec déviation sur le côté radial. Pour réduire, saisissons fortement la main, tirons vigoureusement en l'inclinant sur le bord cubital, refoulons en arrière et en haut le fragment supérieur du radius. Quel est le but de ces manœuvres ? D'entraîner l'apophyse styloïde radiale en bas puisqu'elle avait été entraînée dans la migration en haut de l'extrémité radiale inférieure. Le dos de fourchette disparaîtra. Point important : le déplacement ne sera corrigé que lorsque cette déformation aura complètement disparu. Pendant la réduction un aide a préparé la bouillie plâtrée (plâtre de Paris, sel) et l'attelle formée de dix épaisseurs de tarlatane. Cette attelle sera découpée suivant le modèle admis par l'école lyonnaise. Elle sera assez longue pour dépasser le coude de cinq travers de doigt et dans la paume de la main elle descendra jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes. Elle devra en outre être assez large pour entourer à peu près la moitié de l'avant-bras. A son extrémité inférieure on découpe une languette ; celle-ci, de 4 ou 5 cent. de large sur 10 cent. de long, s'engage entre le pouce et l'index qu'elle contourne en arrière pour atteindre la face dorsale. Le membre étant placé en demi-pronation, l'attelle bien imprégnée de plâtre est appliquée sur la face palmaire de la main, et engaîne la face interne de l'avant-bras qu'elle longe jusqu'au coude pour remonter ensuite le long du bras sur une hauteur de 10 centimètres. Le membre aura été préalablement entouré d'un journal de façon à empêcher l'accollement des poils et du plâtre. Une bande de gaze fixe rapidement l'attelle, du coude à la face palmaire. Autre précaution importante : durant le durcissement du plâtre la main est portée sur le bord cubital toujours en demi-pronation.

L'appareil sec, le malade ne bougera pas ; l'avant bras, placé à un angle droit sur le bras, est soutenu par une écharpe. Le lendemain on vérifie. L'appareil est-il douloureux ? S'est il produit un œdème volumineux de la main ? La réduction est-elle douteuse ? Il ne faudra pas craindre de couper les bandes et de corriger les défectuosités. Celles-ci viennent le plus souvent de l'étroitesse de l'appareil, l'augmentation de l'œdème du poignet ayant amené l'étranglement des tissus. L'appareil est-il mal fait ? On recommencera. Le médecin devra suivre soigneusement la réparation, surtout jusqu'au vingtième jour. A partir de cette époque on commencera un massage. En rétablissant les mouvements articulaires le massage préviendra les ankyloses. Mais il faudra toujours avoir présent à l'esprit le conseil de Gangolphe, de Lyon (*Opérations d'urgence*, 1901) : « Ne vous hâtez pas de faire du massage, obtenez d'abord la consolidation ». — N. F.

TOXICOLOGIE

Les intoxications par l'adrénaline. — On aurait tort de croire l'adrénaline absolument inoffensive. C'est un bon médicament, mais il faut le savoir manier. Des accidents ont été déjà signalés. M. le Dr O. von Fuerth (*Deutsche Med. Woch*, 23 octobre 1902), a publié un cas d'intoxication grave. Il avait injecté de l'adrénaline dans l'urètre d'un homme « pour arrêter une hémorragie consécutive à l'urétrotomie ». L'écoulement s'arrêta, mais le malade fut pris de syncope, et des convulsions envahirent ses membres. Les accès syncopaux et convulsifs se répétèrent ; ils ne cessèrent qu'au bout de quelques heures.

M. le Dr Roussel (*La Loire Médic.*, 15 novembre), avait employé le remède avec succès dans des cas divers : hémoptysies, hématémèses, hémorragies cérébrales. Aucun inconvénient n'était survenu. La dose journalière avait été de 6, 8, 10 et même 12 gouttes pendant deux ou trois semaines.

Dans un exemple récent, il n'a pas obtenu des résultats aussi favorables. Une femme, atteinte de métrite hémorragique, avait subi à diverses reprises des interventions chirurgicales sur les annexes, puis un curettage de l'utérus. L'écoulement sanguin reparut. L'auteur découvrant le museau de tanche à l'aide d'un spéculum, le badigeonne d'adrénaline à 1/1000. La quantité de liquide utilisée chaque fois n'excède pas 8 gouttes.

En outre, le remède est administré à l'intérieur :

Digitized by Google

5 gouttes d'abord de la solution au 1/1000, puis 10 gouttes par jour. Le lendemain vertige ; puis surviennent des angoisses, une arythmie cardiaque particulière : un groupe de pulsations régulières et bien frappées était suivi de 5 ou 6 pulsations beaucoup plus faibles. Le phénomène, continu tout le jour, s'accuse encore davantage le soir, lorsque la malade est étendue dans son lit. Au bout d'une demi-heure le sommeil survient, et dans la nuit les troubles circulatoires s'évanouissent. Cet état persiste tant que dure la médication. Il cesse quand on la supprime.

De pareils accidents imposent la circonspection. Les praticiens américains donnent bien à l'intérieur jusqu'à 30 gouttes de la solution au 1/1000. Nous l'avons ordonnée à la dose de 40 gouttes à une femme atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus : cessation de l'hémorragie presque immédiatement. Pas d'accidents.

MM. Souques et Morel ont usé de doses analogues (*Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, 20 novembre 1902); ils ont combattu l'hémoptysie des phtisiques à l'aide d'injections sous-cutanées d'un demi et de un milligr. d'adrénaline. Des vertiges, maux de tête, nausées, une sensation de constriction thoracique ont suivi la dose de un milligr. Celle d'un demi-milligr. paraît inoffensive. En sorte que c'est la dose d'un demi-milligr. que les auteurs conseillent contre l'hémoptysie. On recourra à un millig. si l'hémoptysie semble dangereuse.

A dose plus faible encore nous avons dû interrompre le remède pour un accident d'un autre ordre chez un adulte atteint de cancer du rectum. Une dose de 3 gouttes, matin et soir, provoquait une constipation opiniâtre. C'est là une exception. En général les doses de 10 à 15 gouttes peuvent être prescrites sans inconvénient.

HYDROLOGIE

Le traitement hydro-minéral chez les goutteux. — Sous prétexte de science et de vulgarisation médicale, un courant d'opinion, tout local du reste, et qui ne jouit d'aucune chance de pénétration, a tendance depuis quelques années à jeter la défaveur sur certaines stations hydro-minérales anciennes et dont le mérite n'était auparavant contesté par personne. C'est ainsi que Bourbonne-les-Bains, qui jouit d'une réputation séculaire dans le traitement de la goutte, s'est vu tout à coup dépossédé de ses vertus curatives, sans qu'aucune raison valable ait été alléguée pour légitimer cet ostracisme.

Pareil déni de justice nous fournit l'occasion de revenir sur les différentes stations utilisables dans le traitement de la goutte. *Bourbonne* continuera de réussir dans la goutte invétérée et torpide avec de l'atrophie musculaire et des raideurs articulaires. En pareil cas, le bain de Bourbonne fera disparaître les amas d'acide urique débordés dans le voisinage des articulations, et les inflammations consécutives. Et cet effet salutaire ne sera pas seulement produit chez les malades pauvres, comme on a bien voulu le dire, mais aussi sur les clients riches, l'action des eaux différant suivant la nature du mal, et non au hasard des situations pécuniaires des malades. (Que le lecteur nous pardonne d'exposer des vérités de cette évidence, elle répondent à des affirmations qui ont été énoncées.) D'autres stations en pareil cas rendent également des services : citons *Bourbon-l'Archambault*, *Bourbon-Lancy*, *Chaudesaigues*, *Balaruc*, ces dernières plus spécialement chlorurées et les eaux sulfureuses : *Eaux Chaudes*, *Ax*, *Cauterets*, *Luchon*, *Saint-Sauveur*, *Amélie-les-Bains*, *Aix en-Savoie*, *etc.* Les eaux de *Lamalou* (hyperthermales, bicarbonatées sodiques, et calciques moyennes) conviennent soutout aux goutteux nerveux et irritables.

D'autres stations exercent moins d'action sur les dépôts goutteux déjà formés que sur la cause qui les produit. Telles les eaux de lavage d'*Evian*, *de Contrexéville*, *de Vittel*, *de Martigny*. Grâce à leur emploi, une diurése abondante s'établit et le foie se désobstrue de ses déchets.

Les goutteux obèses, dont le foie est paresseux, se trouveront bien de Vichy (sources chaudes d'Hôpital et Grande-Grille), il en sera de même des diabétiques et des albuminuriques goutteux. *Pougues* et *Vals*, moins minéralisées, conviendront à ceux qui supportent mal l'eau de Vichy. Dans les cas où des malades présentent de l'hypertension artérielle, les eaux *d'Evian*, *de Châtel-Guyon*, *de Brides*, par leurs propriétés à la fois diurétiques et laxatives amèneront un prompt soulagement. Les troubles gastriques les dermatoses des goutteux, seront soulagés à *Royat*, les manifestations douloureuses (névrites, sciatiques), se réclament de *Saint-Nectaire* et *Evaux*. Les sujets faibles, atteints de diabète goutteux, se rendront plutôt à la *Bourboule*.

Ces indications générales suffiront au praticien. Elles lui permettront de diriger en connaissance de cause, ses goutteux vers la station qui leur sera le plus profitable.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La médication kératinisée. — Il est souvent fort utile au praticien d'avoir sous la main un remède qui puisse, une fois absorbé, exercer directement son action sur l'intestin ou pénétrer dans l'économie sans irriter l'estomac sur son passage, ou sans être altéré par le suc gastrique. Les purgatifs n'agissent que sur la muqueuse intestinale, leur présence dans l'estomac ne peut que

Digitized by Google

nuire à la première élaboration des aliments et ralentir la digestion gastrique. Pour qu'elle puisse agir, la pancréatine doit arriver dans l'intestin, intacte et sans avoir subi l'action du suc gastrique qui lui fait perdre ses propriétés. L'emploi des arsenicaux réclame les mêmes précautions que l'usage des purgatifs. A la longue, il produit une irritation de la muqueuse stomacale. Comment éviter ces inconvénients ? En administrant le remède sous forme de pilules, et en enrobant celles-ci dans une préparation kératinisée. C'est Unna, de Hambourg, qui, le premier, a insisté sur la nécessité d'une semblable pratique. M. Philippe, de Lyon, sous les auspices de M. le Pr Renaut, a étudié à nouveau la question (*Th Lyon*). Il conseille l'enrobage des pilules dans un mélange de sa composition : Kératine finement pulvérisée dans une mixture oléo-balsamique, l'ensemble formant une enveloppe insoluble dans l'estomac, inattaquable par l'acide chlorhydrique et la pepsine. Grâce à ces précautions, un triple but est rempli : 1° Les médicaments capables d'irriter la muqueuse ou d'entraver la digestion stomacale peuvent être prescrits sans inconvénients; 2° Les médicaments susceptibles d'être décomposés par le suc gastrique conservent leur activité ; 3° Ils sont portés directement dans l'intestin où se doit exercer leur action.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'appendicite. — M. Richelot est opportuniste en matière d'intervention. C'est en termes remarquables qu'il expose la raison de sa conduite.

Le traitement de la peste. — Dans la peste, M. Gautier recommanderait les cacodylates et l'arrhénal. Malheureusement les résultats expérimentaux et cliniques n'ont pas été favorables. Mêmes insuccès dans les maladies à trypanozomes chez les équidés. Par contre, chez l'homme, l'arrhénal exercerait une action préventive contre la fièvre palustre.

L'Académie se réunit en comité secret (9 décembre).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les éliminations urinaires des néphrites scléreuses chroniques. — MM. H. Claude et F. Barthe. L'insuffisance rénale n'apparaît guère dans les néphrites scléreuses chroniques que dans trois conditions : quand le myocarde commence à fléchir, ou quand des lésions de glomérulonéphrite aiguë, d'origine infectieuse ou toxique, envahissent les parties saines du rein. Parfois les progrès seuls de la sclérose rénale aboutissent à la destruction complète des systèmes glomérulo-tubulaires subsistants.

Le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques. — MM. J. Courmont et Ch Lesieur, de Lyon. La présence du bacille d'Eberth est constante dans le sang des typhiques. M. Widal confirme ces conclusions : dans 20 cas moyens ou graves, les recherches entreprises du 5me au 15me jour ont été positives 17 fois.

Hémorrhagie de la protubérance sans paralysie alterne. — MM. Edg Hirtz et Salomon A l'autopsie d'un malade atteint d'ictère apoplectique avec hémiplégie et contracture mais sans paralysie alterne des nerfs crâniens (moteur oculaire externe, 3e paire, et hypoglosse), on trouve un foyer hémorragique intéressant les étages moyen et inférieur de la protubérance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'appendicite. — M. Michaux nous déclare qu'il est temporisateur et M. Potherat nous apprend qu'il est opportuniste, j'entends qu'il se laisse guider par les indications particulières.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La vie médicale

Les rapports avec les médecins des Lycées.

Un interne d'un collège est malade : il retourne chez ses parents qui habitent la même ville. Le médecin du collège est-il déchargé de ses fonctions de surveillance, si les parents de l'élève jugent à propos d'appeler un autre confrère ? Et ce nouveau confrère qui est le médecin habituel de la famille, a-t-il droit d'examiner le collégien tout seul, d'écrire au directeur de l'établissement, de laisser un traitement sans prévenir par un mot le médecin titulaire du collège ? Notre excellent collaborateur, le Dr Dauchez, nous pose la question. Elle ne soulève, ce semble, aucune difficulté. Le médecin de la ville demeure dans son droit strict, en visitant un malade qui n'a pas encore consulté d'autre confrère. Les fonctions de médecin du collège sont circonscrites dans l'enceinte du collège, elles ne dépassent pas la porte. Revenu dans son domicile, un interne n'appartient plus à l'établissement d'où il sort ; il rentre sous la tutelle de ses parents. Ceux-ci choisissent le médecin qui leur plaît ; s'ils consentent à appeler en consultation le médecin du collège, leur démarche sera polie pour peu que le médecin du collège ait préalablement traité leur enfant. Mais cette démarche, encore qu'elle témoigne d'un sentiment de délicatesse très méritoire, n'est nullement indispensable. Nul blâme ne pourra atteindre les parents, si pour une raison ou une autre, ils prétendent s'en passer.

La présence du médecin du collège n'est pas requise auprès des collégiens qui sont retournés dans leur famille. Ces collégiens pour lui, ne sont plus que des étrangers du jour où les parents les rappellent à eux. Existe-t-il des médecins de collège pour les externes de l'établissement ? Non. Or, un élève rentré chez lui, perd du coup toutes les prérogatives attachées à l'internat. Il n'a plus droit aux soins médicaux gratuits. Sa personne malade ne regarde plus le confrère du collège. Ce dernier s'en désintéresse si cela lui plaît. Il refusera ses soins, si l'idée lui vient de les refuser.

Par égard pour le directeur de l'établissement, il pourra,

Digitized by Google

si ce dernier lui en fait la demande, se rendre auprès du petit malade de la ville et l'examiner d'une façon sommaire, avec l'autorisation préalable des parents. Quant au traitement, il n'en parlera pas à moins qu'il n'en soit prié par la famille et qu'il ne voie aucune objection à s'entendre à ce propos avec le médecin de la ville.

Indépendance complète du médecin de la ville vis-à-vis du médecin du collège, indépendance complète du médecin du collège vis-à-vis les internes qui ont regagné le foyer familial : telle semble l'attitude qui règle en pareil cas les rapports entre confrères d'abord et entre confrères et malades ensuite.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales, clinique et thérapeutique, par H. Huchard, 3e édit. Paris, J.-B. Baillière édit. 1 gros vol. de 620 pages.

La discrétion voulue par le directeur du journal nous défend de faire l'éloge de ce volume. Nous nous contentons de reproduire ces lignes extraites de la préface :

« La première édition de ce livre, parue en août 1900, était épuisée 4 mois plus tard et, après 2 ans, j'ai dû songer à préparer cette 3e édition.

« C'est là un succès auquel je n'aurais jamais osé prétendre et dont je remercie les nombreux lecteurs. Ils ont montré qu'ils s'intéressent, non pas seulement à ce qu'on appelle la « thérapeutique appliquée », mais surtout à la thérapeutique expliquée, la science étant faite de clarté. Ils ont montré encore qu'ils nous suivent dans la voie tracée par notre définition de la thérapeutique, c'est-à-dire de la médecine : « la physiologie de la maladie, du malade, du médicament ».

Cette 3e édition représente une œuvre toute nouvelle : les chapitres ont été refondus, d'autres ont été ajoutés. Les questions intéressant les praticiens ont reçu un développement tout spécial : Telle la série de leçons sur les dyspepsies (4 leçons), le rétrécissement mitral (2 leçons), les anévrysmes aortiques (2 leçons), l'épilepsie (2 leçons), etc... En résumé, 57 chapitres sur les maladies les plus diverses.

Erratum, *page 600*. — Au lieu de Sidonal (chlorhydrate de pipérazine. Lire : Sidonal (quinate de pipérazine).

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, par H. Huchard, 3e édit., augmentée de 900 pages. T. III, 1er fascicule, 422 pages.

Le 3e et dernier volume du « Traité des maladies du cœur et de l'aorte » devait paraître dans le courant de l'année 1900. Je dois au lecteur l'explication de ce retard un peu volontaire.

En terminant cette étude des maladies du cœur que je poursuis depuis 1870, date de mon premier travail sur la myocardite varioleuse, j'ai vu que de graves erreurs avaient cours dans la pathologie cardiaque et, par conséquent, dans la thérapeutique.

« Il faut parfois plus de temps pour détruire une erreur que pour édifier des vérités. C'est pour cette raison que, recommençant par la longue observation des faits à « écouter la nature », je suis arrivé à rectifier d'une façon que j'espère et souhaite définitive, certaines allégations erronées sur les cardiopathies.

« Le 1er fascicule du Tome III, qui paraît aujourd'hui, comprend l'étude des maladies du péricarde, des endocardites aiguës et subaiguës. Dans le second et dernier fascicule qui paraîtra au cours du premier semestre de 1903, seront étudiées les endocardites chroniques et les diverses affections valvulaires, les cardiopathies congénitales, etc... »

C'est ainsi que M. Huchard s'exprime dans sa préface.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

Emploi de l'eau de la Source Cachat d'Evian-les Bains

L'eau si renommée de la *Source Cachat* d'Evian s'emploie en boisson, bains et douches, selon que le traitement est interne ou externe.

a) *Traitement interne*. — C'est de beaucoup le plus important, mais il varie selon que l'on recherche un effet général modificateur de la diathèse goutteuse ou une action topique sur l'appareil urinaire. Dans tous les cas le traitement se fait le matin, à jeun ; l'eau est absorbée par doses fractionnées, à intervalles plus ou moins rapprochés, suivant l'état de l'estomac, des voies urinaires et de la tension sanguine.

A domicile, d'une manière générale, deux verres le matin, à jeun, et aux repas mélangée avec le vin.

b) *Traitement externe*. — Il comprend des bains et douches.

Les bains se prennent chauds ou tempérés, soit de 22 à 30 degrés. Les bains froids à la température de la source (12°) seraient non seulement intolérables pour la plupart des malades, mais encore les exposeraient aux plus graves accidents.

Quant aux douches, le moyen thérapeutique le plus puissant qu'offre l'hydrothérapie après l'eau prise en boisson, elles doivent être administrées à la température de l'eau (12°) en vue d'effets résolutifs.

De l'avis de tous les praticiens, le service des bains et douches au nouvel établissement de la Société des Eaux est un modèle du genre.

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme*: on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Un nouvel exemple d'encoche de Sibson sans péricardite

Par M. le Dr E. Cassaet,
Professeur agrégé à la Faculté, médecin des Hôpitaux de Bordeaux

En 1899, au Congrès de Médecine de Lille, j'avais attiré l'attention sur le danger qu'il peut y avoir à considérer tout malade, sans exception, porteur d'une « encoche de Sibson », comme atteint de péricardite avec épanchement. De cette interprétation trop absolue de la valeur séméïologique de cet excellent signe pouvait résulter en effet une action thérapeutique trop active et injustifiée parfois : le médecin étant ainsi amené à faire la paracentèse du péricarde dans certains cas où il ne contenait cependant pas de liquide.

A l'appui de la réserve que je formulais, j'apportais l'observation d'une malade atteinte d'une volumineuse ascite récidivante, puis d'une pleuro-congestion pulmonaire gauche, et de poussées successives de congestion pulmonaire droite, chez laquelle une angoisse précordiale extrême appela bientôt l'attention. Quelques frottements péricardiques ayant fait craindre le développement d'une péricardite, celle ci parut constituée un jour, où l'angoisse ayant augmenté et la température s'étant élevée, le schéma de percussion du cœur décela l'existence d'un profond *encoche de Sibson*. La malade n'ayant pas été suffisamment soulagée par plusieurs ponctions pleurales, qui avaient permis l'évacuation d'une quantité abondante de liquide sanguinolent, je me décidai à intervenir sur le péricarde lui-même, confiant dans la valeur du signe de Sibson et pensant y trouver du liquide en abondance. A cet effet je pratiquai, en pleine matité, deux ponctions successives dans le cinquième espace intercostal, la première à un demi-centimètre du bord gauche du sternum, en dirigeant la pointe vers la ligne médiane, et la seconde à six centimètres de l'os, en enfonçant l'aiguille de trois centimètres. Les deux ponctions furent sans résultat. Dès lors une nouvelle évacuation du liquide pleurétique fut faite et celle-ci soulagea la malade. Cinq jours plus tard l'encoche disparaissait.

J'avais à cette époque émis l'hypothèse que cette déformation trompeuse de la matité cardiaque devait être attribuée à l'existence simultanée d'une pleurésie gauche avec épanchement et d'une intense congestion pulmonaire sous-jacente, qu'avait démontrée la survivance de l'imperméabilité complète du poumon à la ponction pleurale. Etant donné son état anatomique, la partie inférieure du poumon gauche était incompressible : elle se trouvait donc mi-partie immergée et mi-partie soulevée au-dessus du liquide. Le poumon droit étant lui-même fortement congestionné et la surface totale d'hématose considérablement réduite, il s'était produit une expansion de compensation dans la languette pulmonaire antérieure seule région encore indemne. Par suite de cette suppléance, le poumon s'était, comme dans l'emphysème, de plus en plus projeté au devant du cœur, mais sans présenter les déformations consécutives à cet emphysème. De son côté le cœur était considérablement dilaté et tendait à s'insinuer de plus en plus au-dessous du poumon. Il se faisait donc un double chevauchement en sens inverse, qui eut pour résultat d'amener une matité cardiaque anormalement développée sous un poumon localement distendu dans sa languette antérieure et de superposer un arc de sonorité exceptionnelle sur une matité presque sphérique, qui parut ainsi écornée, comme dans la matité en brioche, ou par l'encoche de Sibson.

La pathogénie que j'invoquais à cette époque, s'est trouvée complètement justifiée dans un nouveau cas, tout à fait comparable, que je viens de rencontrer et où l'encoche de Sibson existait encore sans qu'il y eût d'épanchement péricardique, mais comme conséquence de cette pleuro-congestion pulmonaire gauche que j'avais une première fois constatée. Au surplus voici les détails de cette seconde observation.

Georges R..., âgé de 33 ans, peintre en voitures, entre, le 3 avril 1902, à l'hôpital Saint-André, où on lui destine le lit 32 de la salle 13. C'est un homme d'une très bonne santé, seul enfant de sa famille, et dont les antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt.

Au commencement de février dernier, sans avoir été malade jusqu'à cette date, il est pris d'une dyspnée presque continue que n'accompagnent ni toux, ni expectoration. Il entre à l'hôpital, salle 16, y reste huit jours et en sort rapidement amélioré par le régime lacté, il ne présentait pas d'œdème des jambes. Le 20 mars, ayant été atteint d'une forte ostéo-périostite du maxillaire droit, il se présente de nouveau à Saint-André et on l'hospitalise salle 10 : il en sort après six jours pour aller en convalescence à Pellegrin.

Le 29 mars, à peine était-il entré à l'Asile des convalescents, qu'il est repris subitement d'une violente dyspnée et bientôt d'œdème des membres inférieurs ; on le réintègre, le 3 avril, à l'hôpital Saint-André où on le place, comme je l'ai dit, salle 13. Il est atteint à ce moment d'une dyspnée assez intense au repos et plus prononcée à l'occasion du moindre mouvement, de cyanose légère des extrémités, d'un œdème très accusé des membres inférieurs et d'une expectoration muco-albumineuse abondante.

Les deux bases sont le siège d'une matité compacte qui remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, le silence respiratoire y est complet. La toux fait cependant quelquefois apparaître quelques fines crépitations vers la partie moyenne du poumon et un léger souffle expiratoire à gauche.

Dans les sommets et plus particulièrement du côté gauche, il

Digitized by Google

s'est produit une active suppléance pulmonaire; le murmure vésiculaire y est plus intense, la sonorité exagérée, la tonalité un peu élevée. La languette pulmonaire se projette davantage au-devant du cœur. Les bruits du cœur sont sourds à la pointe, on note des frottements intenses au niveau du péricarde et une température de 37°,9.

Ces signes se sont à peine modifiés le lendemain au moment de mon examen. Je constate cependant un fort assourdissement des bruits du cœur, sans souffles orificiels, et des frottements péricardiques très particuliers, qui retiennent longtemps mon attention ; ils ont trois sièges différents : 1° à la base où ils sont nettement rythmés par le cœur bien que non systoliques; 2° à la partie inférieure de la matité cardiaque, où ils sont aussi rythmés par le cœur ; 3° à sa partie moyenne, où c'est tantôt le cœur, tantôt la respiration qui le développe séparément et quelquefois simultanément, mais dans des directions différentes, donnant lieu ainsi à une intrication de bruits tout à fait extraordinaire et sur lesquels je reviendrai.

La matité du cœur est aussi profondément modifiée. Elle se caractérise d'une manière générale par une tendance à la sphéricité, apparente surtout dans toute la partie correspondant au ventricule droit, à l'oreillette droite et à la pointe, et par l'existence d'une *profonde encoche de Sibson*. La pointe est en outre abaissée dans le cinquième espace et déviée en dehors ; la ligne d'ascension de la matité, à droite du sternum, oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Quelques-unes de ces particularités étaient d'une interprétation facile et notamment l'obliquité du côté droit, la sphéricité, l'abaissement et l'écartement de la pointe, qui dénotaient la tendance du cœur à se dilater surtout dans ses cavités droites ; il n'en était pas de même dans l'encoche de Sibson. En effet, la face est vultueuse, les jugulaires sont tendues, le pouls petit, l'oppression très vive dans le décubitus, les jambes très enflées et ceci concorde bien, semble-t-il, avec l'existence de l'encoche et l'idée de compression du cœur par un épanchement péricardique.

Néanmoins, le souvenir du malade dont j'ai évoqué plus haut l'existence, est trop présent à mon esprit pour croire, sans contrôle, à une péricardique. Je cherche donc le dénivellement dans cette séreuse, et ne le trouve dans aucune situation, soit assise, soit couchée, et cela me fait accepter l'idée que l'encoche de Sibson est uniquement sous la dépendance de la pleuro-congestion des bases et particulièrement de la gauche ; elle doit donc résulter, à la fois, de la distension du cœur, de sa projection vers l'aisselle, et du chevauchement inverse du bord antérieur du poumon qui le recouvre. Pour diminuer la dyspnée du malade, et satisfait du reste de pouvoir contrôler mon opinion, je fais aussitôt une ponction pleurale gauche qui me permet d'évacuer 500 grammes de liquide sanguinolent. L'encoche de Sibson *disparaît aussitôt après la ponction*, et se trouve remplacée par le tracé du ventricule gauche, devenu très nettement perceptible, en même temps la ligne correspondant au ventricule droit indique une diminution de volume de cette partie du cœur. Les frottements péricardiques persistent et semblent même augmenter.

Il est donc incontestable que l'encoche de Sibson n'était pas due à un épanchement péricardique, puisqu'il a suffi d'une évacuation pleurale de peu d'importance pour la faire disparaître. Par quoi donc avait-elle été produite? A cet égard, je me bornerai à rappeler que mon malade avait des signes indiscutables de dilatation totale du cœur, plus marquée du côté droit, une pleuro-congestion pulmonaire gauche, qui obligeait une partie condensée de cet organe à baigner dans un épanchement peu abondant. Bien que cet épanchement ne fût que d'un peu plus de 500 grammes, il suffisait néanmoins à rendre tout à fait imperméable la base du poumon congestionné, et sollicitait ainsi une suppléance fonctionnelle de la languette pulmonaire antérieure. Or, cette suppléance n'allant pas sans une sorte d'emphysème vicariant, le poumon se projetait de plus en plus au devant du cœur, pendant que ce dernier s'insinuait de plus au dessous du poumon. Il se faisait donc, tout comme mon premier malade, un double chevauchement en sens inverse, dont le résultat, au point de vue de la percussion, était la constatation d'un arc de sonorité sur une matité aphérique, qui en était écornée par une encoche, l'encoche de Sibson.

Ces résultats sont trop comparables aux premiers pour n'éveiller que l'idée d'un pur hasard, et sollicitent de nouvelles recherches. Ils m'engagent à renouveler, avec encore plus de fermeté, les réserves expresses que je formulais au Congrès de Lille sur la valeur séméiologique de ce signe. Il ne doit pas être le seul à trancher la question d'épanchement péricardique et à provoquer la paracentèse du péricarde, parfois très dangereuse dans ces conditions, puisque s'il existe, et si sa constatation est de haute valeur dans les cas de péricardite, il peut aussi se retrouver dans les pleuro-congestions pulmonaires gauches, accompagnées de dilatation du cœur.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La nature et le traitement des cardiopathies de la ménopause

Par le Dr Ch. Fiessinger,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

A l'âge où l'écoulement menstruel de la femme commence à perdre de sa régularité, surviennent d'ordinaire des troubles vaso-moteurs : bouffées de chaleur, rougeurs subites du visage, lourdeurs de tête, éblouissements, vertiges; de l'angoisse précordiale, des palpitations font assez souvent cortège ces accidents demeurent sans gravité. Ils disparaissent assez vite par la prescription d'un régime alimentaire approprié (régime lacto-végétarien, pas de vin ni de café), l'emploi de laxatifs répétés (sel de Seignette, une cuillerée à café le matin

Digitized by Google

à jeun dans un verre d'eau, quinze jours de suite), et des préparations de valériane.

Ce premier stade de troubles circulatoires ne se traduisant que par des troubles congestifs et des palpitations peut être dépassé. Les palpitations qui étaient passagères et ne se montraient guère qu'à l'occasion d'un effort, d'une marche, d'une digestion pénible, d'une émotion, s'installent à demeure. La malade est oppressée ; son cœur s'affole ; parfois il se dilate et se complique de tous les désordres d'insuffisance cardiaque.

Et ici une distinction immédiate demande à être faite.

Ou ces accidents atteignent un cœur parfaitement sain ; ils sont l'effet exclusif de la ménopause et disparaissent avec elle, laissant après leur départ le cœur dans l'état normal où il était auparavant. Ce sont *les cardiopathies de la ménopause vraies.*

Ou bien, ces accidents frappent un cœur déjà malade. L'organe est en moindre état de défense du fait d'une altération préalable de la fibre cardiaque ou des orifices. Le clinicien se trouve en face d'une myocardite, d'une cardio-sclérose, d'une affection valvulaire. La ménopause survient, aggrave du coup les troubles afférents à ces maladies. Ce sont *les cardiopathies aggravées par la ménopause.* M. Clément (de Lyon), dans son excellent mémoire (*Revue de Méd.*, 1885, p. 118), avait considéré en pareil cas le pronostic comme favorable. Un tel optimisme ne saurait être nourri. Si le cœur est résistant avant l'orage de la ménopause, oui, il tiendra tête et ne sera abattu que momentanément. Est-il au contraire touché profondément, il s'effondre d'une façon définitive et la mort fera suite.

Ou bien le cœur est sain, mais les désordres d'un autre appareil survenant à l'époque de la ménopause serviront de trait d'union et provoqueront les accidents. L'obésité, les lésions utérines embrassent le plus souvent les causes qui produisent ce troisième type de cardiopathies.

Nous distinguerons donc trois types : le premier comprend les cardiopathies aggravées par la ménopause : une subdivision y entre suivant que la maladie est mortelle ou curable ; le second a trait aux cardiopathies de la ménopause vraie ; le troisième renferme les cardiopathies qui suivent une altération d'un autre appareil (maladies utérines, obésité) :

1° Cardiopathies aggravées par la ménopause : forme mortelle, forme curable ;

2° Cardiopathies de la ménopause vraie, avec cœur sain, et sans lésion d'un autre appareil ;

3° Cardiopathies de la ménopause ave cœur sain et avec lésion d'un autre appareil : avec obésité, avec maladies utérines (Kisch).

I. — *Cardiopathies aggravées par la ménopause. Formes mortelles.*

Obs. I. — *Femme de 44 ans. Myocardite grippale? Ménopause. Mort en 18 mois.*

Mme G..., 44 ans, depuis une atteinte de grippe qu'elle a eue en avril 1901 est restée oppressée et a quelque peine à marcher. Néanmoins, elle continue ses occupations et n'a pas besoin de médecin. Deux mois plus tard ses règles deviennent irrégulières, se retardent, puis finissent par disparaître complètement en avril 1902.

En septembre 1901, nous trouvons la malade très dyspnéique avec un cœur arythmique, à battements rapides Le pouls est petit, rétracté ; mais le cœur claque violemment, donnant à ses bruits, surtout au second. un timbre éclatant, presque métallique. Pas d'hypertrophie appréciable Les jugulaires sont un peu gonflées, le foie déborde légèrement les fausses côtes, des traces d'albumine sont retrouvées dans les urines, des râles humides encombrent les bases du poumon. Sous l'influence combinée du régime lacté, de la théobromine (0,50 matin et soir), de la digitaline cristallisée à doses sédatives (10 gouttes de la solution au 1/1000, 3 à 4 jours de suite, interrompre une huitaine et reprendre 3 jours), les accidents se calment ; néanmoins ils reparaissent toutes les quelques semaines ; à deux reprises le danger semble tellement imminent, que nous devons recourir aux injections sous-cutanées de caféine.

L'hiver se passe assez bien et la malade peut reprendre quelques-unes de ses occupations ; mais ce mieux n'est pas durable. Les règles sont supprimées depuis le printemps ; les troubles cardiaques reparaissent au mois d'août. Nous revoyons la malade à la fin du mois. Mêmes bruits claquants du cœur, même arythmie, même pouls petit, dépressible. Nouvelle prescription du repos, du régime lacté. En plus, 2 pastilles d'ovarine à 5 centigr., 3 fois par jour, 20 gouttes d'extrait fluide de cactus grandiflora, matin et soir. La médication demeure sans effet ; quelques jours plus tard, il faut revenir à la digitaline. L'amélioration se produit encore une fois, le cœur se régularise un peu, les jambes désenflent. Seulement l'éclaircie n'est que temporaire La note sombre reparaît presque aussitôt, la dilatation cardiaque recommence, et nous apprenons la mort de la malade le 6 octobre.

Voici donc l'histoire d'une malade prise en pleine ménopause d'accidents cardiaques. Mais ces accidents survivent à la ménopause, puisque les règles ayant pris fin en avril, le retour plus grave des accidents reparaît en août. Au surplus, ces désordres ont fait suite à de la grippe. Nous pouvons donc, il semble, conclure dans ce cas à l'existence possible d'une myocardite d'origine infectieuse. L'administration de l'ovarine n'a fourni aucun résultat ; un succès eût été étonnant, étant données, d'une part, l'absence d'influence de la cessation de ménopause sur les troubles cardiaques, et, d'autre part, l'origine infectieuse du mal. Néanmoins, un signe nous semble devoir être signalé : le timbre claquant des bruits du cœur. Déjà Kisch (*Berlin Klin Wochens*, 1889, n° 5) avait signalé ce renforcement des bruits du cœur et les avait notés comme caractère des tachycardies de la ménopause. Nous ne saurions souscrire

Digitized by Google

à cette opinion. Le caractère claquant des bruits du cœur se retrouve dans un grand nombre de tachycardies de causes diverses. Tant que la fibre myocardique n'est pas trop altérée, il est possible que cette particularité frappe l'oreille du clinicien. Quoi qu'il en soit, notre malade présentait cette exagération dans l'intensité des bruits cardiaques. Le second bruit du cœur était surtout très claquant, signe d'hypertension artérielle (Huchard). La ménopause avait-elle contribué à produire cette hypertension ? Mais il y avait peut-être degré atténué de myocardite auparavant. La ménopause aurait donc aggravé des symptômes d'origine myocardique par des signes d'hypertension artérielle.

Le caractère du pouls petit, rétracté, n'est pas un obstacle à cette conjecture. M. Huchard a insisté sur ce point « On est souvent étonné, dit-il (1), de constater au sphygmomanomètre une force et une résistance que la simple palpation du doigt ne faisait pas soupçonner. »

Obs. II. — *Dilatation cardiaque. Cyanose. Fille de 39 ans; cœur de bossue. Ménopause. Mort en 3 mois.*

Mlle B..., 39 ans, difforme et bossue par cypho-scoliose d'origine rachitique, n'a jamais souffert du cœur, sauf d'un peu d'oppression aux montées. Elle a toujours été bien portante. Le 7 juillet 1902, ses règles commencent à être irrégulières ; en même temps l'oppression augmente et les jambes enflent. Le 5 septembre, les battements du cœur sont tumultueux, arythmiques, fortement frappés, le second bruit aortique est claquant. Le pouls est fort dur, serré. Les lèvres sont cyanosées, les urines albumineuses. Le foie est gros, les jugulaires gonflées. Dans la poitrine déformée, des râles humides sont entendus aux bases. On prescrit : 8 ventouses scarifiées sur la région hépatique, régime lacté, théobromine, 3 cachets (0,50). La malade va mieux les premiers jours ; elle prend ensuite de l'ovarine (6 pastilles par jour) et de légères doses de digitaline (10 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au 1/1000, 3 jours de suite). L'état se maintient assez satisfaisant ; mais une oppression forte se montre tout à coup le 14 septembre et la malade succombe le lendemain. Nous ne l'avions pas vue à ce moment et c'est la famille qui nous a informé de cette issue fatale.

Chez cette fille, le cœur, en temps ordinaire, se trouvait très gêné du fait de l'étranglement de la cage thoracique. Le poumon comprimé, congestionné, entravait la déplétion des cavités droites du cœur (2). Arrivent les troubles de la ménopause et l'hypertension artérielle qui est leur accompagnement habituel. Le cœur gauche à son tour se fatigue à lutter contre l'obstacle. Le cœur droit fléchit devant le barrage pulmonaire créé par la compression du poumon, le cœur gauche fléchit devant le barrage périphérique créé par la rétraction du système artériel. D'où fatigue et épuisement rapide des deux cavités. Le traitement s'est montré impuissant ventouses scarifiées, régime lacté, théobromine, puis ovarine et digitaline à doses sédatives, rien n'a fait. Une saignée en temps opportun aurait peut être pu sauver la malade. Nous n'avons pu la pratiquer, n'ayant vu cette femme que dans notre cabinet et n'ayant pas été rappelé auprès d'elle, comme nous l'avions demandé.

Obs. III (due à l'obligeance de M. le Dr Huchard). — *Femme de 45 ans. Artério-sclérose préalable. Ménopause. Les accidents se précipitent. Crise d'œdème aigu du poumon. Mort.*

Mme R..., 45 ans, femme robuste, bien constituée, se plaint depuis quelque temps de dyspnée, d'effort, de toux et d'étouffements vite calmés. A l'auscultation, retentissement du second bruit aortique, cœur impulsif et intermittence dans les battements de temps à autre. Le pouls était plein et tendu. Pas d'albumine dans les urines. Elle souffrait ainsi depuis quelques mois quand ses époques deviennent irrégulières (15 décembre), de l'insomnie se montre avec dyspnée nocturne, laquelle s'ajoute à la dyspnée d'effort. Sous l'influence du régime lacté, un mieux se produit. Le 15 février, à l'occasion d'une suppression menstruelle, œdème aigu du poumon qui, calmé par la médication (lait, caféine, etc.), reparaît ensuite tous les quelques mois, mettant chaque fois la vie de la malade en danger. Un mieux notable survient en septembre et suit une hémorragie assez forte. A la fin de l'année, le cœur faiblit, se dilate, il devient rapide et irrégulier, le foie déborde largement les fausses côtes, un état nauséeux compliqué de vomissements empêche l'alimentation, quelques purgatifs énergiques amènent un peu de mieux, mais passager. Les jours suivants, la dyspnée augmente, les extrémités se refroidissent. Les injections de caféine et d'éther restent sans effet. Mort le 12 janvier.

L'histoire de cette malade diffère un peu des précédentes. Atteinte d'hypertension artérielle avec cardio-sclérose commençante avant le moment où ses règles devenaient irrégulières, elle avait déjà dû recourir aux soins du médecin. La ménopause n'a pas tout à fait coïncidé avec le début des troubles cardiaques : elle a fait suite. Nos deux premières malades avaient vu au contraire leurs accidents cardiaque éclater à peu près simultanément : du moment que les époques se montrèrent irrégulières, le cœur fléchit tout à fait.

Le retentissement sur le cœur se produit dès les premières semaines de la ménopause et la mort survient en pleine période d'irrégularité menstruelle (Obs. II), ou bien l'issue fatale est retardée et suit une disparition menstruelle à peu près complète (4 mois, obs. III ; 7 mois, obs. I).

A remarquer, chez deux de nos malades, l'inefficacité complète des préparations d'ovarine. Ces malades avalaient 2 pastilles de 5 cent., 3 fois par jour. Le remède a donné de bons résultats en d'autres mains (Boulleau: *Des tachycardies de la ménopause, Th. Paris*, 1901). Peut-être l'atteinte cardiaque

(1) Huchard. *Traité clin. des maladies du cœur et de l'aorte*, 1899, 3e édit., p. 87.

(2) Huchard. *Consult. médic.*, 2e édit, p. 118. *Le poumon et le cœur des bossus.*

Digitized by Google

était-elle déjà trop avancée quand nous avons administré ce remède, lequel n'agirait que tout au début et contre les phénomènes d'hypertension commençante. Quoi qu'il en soit, on sait depuis les travaux de M. Huchard (*Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, 3e édit., t. I, p. 74) que les troubles cardiaques de la ménopause ressortissent avant tout à des phénomènes d'hypertension artérielle. Il est donc indiqué de combattre ces phénomènes par des agents hypotenseurs. L'ovarine est de ceux-là ; on la prescrira d'autant plus volontiers que l'action hypotensive de la sécrétion ovarienne cessant avec la ménopause, un des obstacles à l'action des glandes hypertensives (capsules surrénales, par exemple) est supprimé ; de là hypertension par manque d'un des freins hypotenseurs. Comme l'a remarqué M. Huchard dans une récente leçon clinique, cette vue de l'esprit ne doit pas nous dispenser de prescrire, toujours et avant tout, la grande médication hypotensive, dont les effets sont vérifiés depuis longtemps : le régime lacto-végétarien. Pareille appréciation est d'autant plus judicieuse que d'autres éléments que la suppression de la fonction ovarienne entrent en jeu pour produire l'hypertension de la ménopause : d'abord la pléthore sanguine, résultant de l'arrêt de la fonction menstruelle, ensuite l'excitabilité nerveuse augmentée à ce moment et peut-être aussi et en dernier lieu la présence de toxines et l'action vaso-constrictive possible des poisons contenus dans le sang menstruel. On sait, en effet, que Charrin, Spilmann, Etienne, reprenant les idées anciennes sur le rôle dépurateur du sang menstruel, ont démontré la puissance toxique plus grande de ce sang. Toutes ces raisons concourent à prescrire l'emploi du régime lacto-végétarien éliminateur des toxines et modérateur de l'hypertension artérielle.

Tels sont les cas de mort. Voici maintenant des exemples de guérison. La ménopause ayant touché un cœur déjà atteint, renforce les accidents : ceux-ci cèdent, une fois le ménopause passée, laissant la maladie cardiaque, après cette bourrasquue passagère, suivre sa marche normale.

2°. *Cardiopathies aggravées par la ménopause (formes curables).*

Obs. IV. — *Femme de 42 ans ; rétrécissement et insuffisance mitrale d'origine douteuse. Signes d'insuffisance cardiaque. Les accidents cardiaques cèdent avec la cessation des règles.*

Mme M... 42 ans, a perdu sa sœur d'une maladie de cœur trois ans auparavant : elle-même a eu une grippe infectieuse, il y a quelques années (1893) : une lésion mitrale qui n'a jamais été constatée auparavant, y aurait fait suite, dont la femme n'a jamais souffert avant 1899. Les époques deviennent irrégulières à ce moment ; elles ne paraissent que quatre fois en 1899, deux fois en 1900. En 1901, plus de retour de l'écoulement sanguin. Or, c'est à la fin de l'année 1900, à l'époque où les règles se sont supprimées définitivement, qu'ont éclaté les troubles plus graves. Je ne m'arrête pas aux signes classiques de la lésion mitrale avec son bruit de roulement, son souffle présystolique et systolique, etc. A partir de 1899, de temps à autre, le cœur se laissait distendre ; l'emploi du régime lacté et de la digitale, le repos au lit remettait les choses en état ; mais en décembre 1901, on dut appliquer à plusieurs reprises des ventouses scarifiées sur le foie qui était énorme et pratiquer des injections sous-cutanées de caféine, la digitale se montrant impuissante. Nous crûmes la malade perdue. Et voici que peu à peu elle se rétablit ; la digitale qui n'agissait plus, redevint active. La malade prit ce remède sous forme de digitaline cristallisée (solution au 1/1.000, d'abord 35 gouttes tous les 8 jours, puis tous les 10 ou 15 jours). En août 1902, deux ans après les accidents si inquiétants qu'elle avait montrés, elle vient nous consulter. Elle n'a pas enflé depuis six mois, et sauf un peu de tachycardie et la présence constante de son roulement, n'offre aucun signe anormal. Quant aux troubles fonctionnels et à l'oppression, ils ont totalement disparu.

Ici guérison complète après la cessation de la ménopause, la lésion mitrale persistant. Si la disparition des accidents cardiaques est possible chez les sujets atteints d'affections du cœur, à plus forte raison se produit-elle chez les femmes exemptes de lésions cardiaques préalables. La ménopause les afflige de troubes cardiaques d'origine fonctionnelle. Ces troubles s'effacent, la ménopause disparue. Nous avons alors affaire aux cardiopathies de la ménopause vraies.

II. — *Cardiopathies de la ménopause vraies. (avec cœur sain et sans lésion d'un autre appareil)*

C'est surtout à cette forme d'accidents que faisait allusion Clément dans son mémoire. Il ajoutait que les malades tout en offrant de l'angoisse précordiale, des palpitations, de la dyspnée, dépassent rarement ce stade et n'atteignent guère à la dilatation du ventricule droit. M. Bailleau dans son travail n'en cite pas davantage ayant été touchées par une dilatation appréciable du cœur.

Telle n'est pas l'histoire de la malade suivante. Dès le début, elle a montré des signes de dilatation cardiaque imputables à la ménopause ; alors qu'elle semblait perdue, elle s'est rétablie complètement pendant douze ans, et ce n'est qu'au bout de ce terme de douze ans qu'ont commencé à apparaître des signes de cardio avec néphro-sclérose. Observation qui vient toute à l'appui des idées émises par notre maître, M. Huchard : l'hypertension artérielle est le premier stade, l'artério-sclérose est le second. Au bout de dix ans d'hypertension artérielle notre malade a fait de l'artério sclérose.

Obs. VI. — *Femme de 62 ans ; cardio et néphro-sclérose succédant, à dix ans de distance, à une cardiopathie de la ménopause avec hypertension artérielle et dilatation des cavités cardiaques.*

Mme D .., 62 ans, très nerveuse, en 1889 avait souffert d'accidents cardiaques à apparence très grave. En effet, MM. les Drs Al-

Digitized by Google

bert Robin et Dignat avaient conclu à de la myocardite, et le pronostic semblait devoir être rapidement fatal. Le cœur était arythmique et battait tumultueusement du jour où les époques devinrent irrégulières ; le pouls était tendu, vibrant, les cavités cardiaques se dilatèrent, le foie devint énorme, les jugulaires montrèrent du pouls veineux, les urines diminuèrent de quantité et étaient albumineuses. Les jambes enflèrent et un œdème considérable envahit les deux membres inférieurs. La situation se prolongea ainsi pendant plus d'une année; de l'iodure de sodium à faibles doses, du sulfate de spartéine, le régime lacté furent prescrits à diverses reprises. Mais un mieux durable coupé de rechutes de plus en plus rares et plus courtes, n'apparut qu'en septembre 1890, alors que depuis plusieurs mois les règles n'avaient pas paru. La durée moyenne de la maladie fut de 15 mois. A ce moment on ne trouvait plus à l'examen qu'un pouls tendu avec retentissement diastolique de l'aorte.

Jusqu'en 1901, et sauf une certaine oppression aux montées, l'état de la santé resta absolument satisfaisant. A la suite d'un violent chagrin (perte de son mari), voici venir à la fin de 1901 une oppression plus vive, avec paroxysmes nocturnes, un affaiblissement considérable. Pendant tout le commencement et le milieu de 1902, la santé resta chancelante. Le 7 septembre, suite d'un refroidissement, la malade s'était promenée nu-pieds dans sa chambre, l'oppression devint intolérable. La malade qui habitait Sainte-Périne, dut gagner l'infirmerie. On lui trouva de l'albumine dans les urines et une hypertrophie du ventricule gauche. Une diarrhée forte survint pendant quelques jours. Sous l'influence du régime lacté, les accidents rétrocédèrent, le pouls perdit de sa dureté et le second bruit aortique fut entendu moins éclatant. La malade put reprendre ses occupations en se tenant soumise au régime lacto-végétarien, et en avalant de petites doses d'iodure de sodium (25 centigr. par jour). — *(A suivre.)*

Clinique des Hôpitaux

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Dieulafoy

Diagnostic des ulcérations de la gorge et du pharynx

Rien de difficile comme le diagnostic différentiel des ulcérations de la gorge. Syphilis ou tuberculose, telles sont les deux grandes causes d'hésitation. M. Dieulafoy présente un malade qui, pendant plusieurs mois, fut le sujet de discussions sans fin. Le diagnostic resta oscillant pendant plus de dix mois.

Entré dans le courant de janvier à l'Hôtel-Dieu, ce malade se plaignait à l'origine d'une dysphagie très pénible. L'examen de la gorge révélait sur le pilier droit une ulcération ovalaire de la grosseur d'une lentille. Les bords en étaient surélevés, taillés à pic, un détritus jaunâtre en recouvrait le fond. Le voile au voisinage de l'ulcération était rouge et luisant. Le début de cette ulcération s'était fait au mois de décembre, une angine l'avait précédée. On songea tout d'abord à une gomme syphilitique tertiaire, en raison de l'aspect de l'ulcération (bords taillés à pic, voile rouge et luisant) de l'absence de granulations tuberculeuses (grains de Trélat) et de toute lésion du poumon. Le traitement mercuriel fut institué (injections de 4 milligr. de bi-iodure de mercure par jour). Sur d'autres malades, les résultats obtenus par M. Dieulafoy avec ce traitement ont été merveilleux. Généralement une lésion syphilitique était améliorée au 6e jour et guérie au 18e. Le malade fut interrogé ; il niait toute syphilis, pas d'accidents secondaires ; il ne portait pas de cicatrices de chancre. Peut-être avait-il ignoré sa syphilis ? Les cas ignorés sont rares chez l'homme. S'agissait-il d'une syphilis tardive? Le livre de Fournier fut consulté : cet auteur signale des cas de syphilis tardive débutant par le voile; ils se rencontrent chez les individus de 15 à 23 ans. Le malade avait 44 ans : c'était un peu tard pour manifester une syphilis héréditaire. Le traitement spécifique devait juger. A la 11e injection aucune amélioration ; l'ulcération s'est agrandie. A la 18e elle s'étale en dédolant sur une bien plus grande étendue ; on fait plus, la dose de bi-iodure est portée à 8 milligr.; on pratique 8 injections. Etat stationnaire. L'ulcération est purulente. M. Marion, après insensibilisation à la cocaïne, pratique une première cautérisation au thermo-cautère, puis une seconde. Aucun changement à la suite. Douleur intense dans l'oreille ; insomnie, dysphagie intolérable ; amaigrissement progressif. Alimentation impossible. En raison de l'inanition prolongée du malade, M. Marion pratique une gastrotomie le 12 avril ; par sa fistule gastrique le malade est suralimenté (3 repas par jour avec poudre de viande 100 gr., œufs 2, lait 1 litre) un mois après, l'ulcération a meilleur aspect. Les douleurs d'oreille ont disparu. Les forces reparaissent, le malade engraisse. Le 25 juin l'ulcération était cicatrisée après avoir détruit la luette et le pilier droit ; l'évolution venait de permettre un jugement ; la suralimentation avait fait ce que l'on espérait du traitement mercuriel. Ce n'était donc pas de syphilis mais de tuberculose que ce malheureux était sans doute atteint. Il rentre à l'hôpital trois semaines plus tard ; la dysphagie a reparu, une ulcération siège à gauche et en arrière du pilier ; elle ne reste pas unique : rapidement deux autres ulcérations se creusent à la face postérieure du pharynx. Le 15 septembre, les ulcérations se sont élargies et suppurent. Douleur vive dans l'oreille gauche. C'était l'aspect classique de l'ulcération tuberculeuse chronique du pharynx décrite dans la *Thèse de Barth*, 1880. Les bords ne sont plus taillés à pic, ils sont déchiquetés, le fond n'est pas bourbillonneux il est purulent. La dysphagie est intense. Ce sont des cas à peu près analogues que décrivirent Talamon, Du Castel (*Soc. méd. des Hôpit.*, 1898) et Barbier. Tout semblait concorder ; on était en présence d'une tuberculose

Digitized by Google

ulcéreuse. Les expériences de laboratoire ne pouvaient manquer de confirmer les prévisions; on rechercha les bacilles de Koch sur l'ulcération. L'examen ne donna rien. A plusieurs reprises l'épreuve fut renouvelée; toujours même résultat négatif. On enleva un fragment du voile au point le plus malade; toujours pas de bacilles. Des lapins furent inoculés; ils ne s'en portèrent pas plus mal. Qu'allait donner le séro-diagnostic tuberculeux? Il fut négatif la première fois, mais positif la seconde. Cette diversité dans les résultats n'a rien qui doive nous étonner : on sait que les malades soumis au traitement mercuriel intensif présentent la séro-réaction tuberculeuse positive. Celle-ci n'avait donc que peu d'importance. En face de ces incertitudes et de ces échecs le traitement spécifique fut rétabli. On donna 3 gr. d'iodure de potassium, le lendemain on dut cesser sur la demande du malade qui présentait des signes d'iodisme. Les injections de bi-iodure furent reprises à 20 milligr., puis 23. Les ulcérations confluaient. Le nasopharynx était pris, le larynx menaçait d'être envahi. Ce n'était donc pas la syphilis puisque le traitement mercuriel restait sans action, mais ce n'était pas davantage la tuberculose, les recherches des bacilles et les inoculations n'ayant pas abouti. Quelle était donc la nature de ces ulcérations?

Etait-ce du lupus? Fournier insiste beaucoup sur la rareté de sa localisation unique à la gorge et aussi sur la longueur de la période ulcéreuse où la gorge pendant longtemps est recouverte d'un véritable tapis granuleux, framboisé, rouge sombre. Quand l'ulcération s'établit, elle émiette et atrophie, contrairement à la syphilis qui perfore.

Mais il n'y a pas que le lupus; à côté de lui il y a place pour les scrofulides malignes. M. Dieulafoy rappelle les observations de Bazin, Lallier, Constantin Paul. (*Soc. méd. des hôpit.*, 1872); elles signalaient toutes trois des formes d'ulcération ravageante du voile, chez des malades présentant des signes de scrofule, et aucun antécédent syphilitique. Ces documents ne sont pas suffisants pour convaincre. Le mot de scrofule maligne est vague; on sait aujourd'hui que les signes de l'ancienne scrofule ressortissent en partie à la syphilis héréditaire.

M. Dieulafoy reprit donc le traitement spécifique intensif. Il donna 15 milligr. de bi-iodure par jour, amélioration nulle. Fournier a décrit des formes de phagédénisme syphilitique résistant à 240 injections de calomel. M. Dieulafoy persévère. 30 milligr. de bi-iodure de mercure furent injectés; le lendemain amélioration notable. On donna 40 milligr. Une légère gingivite nécessita une interruption d'un jour. Le malade aujourd'hui en plein traitement intensif est très amélioré, les ulcérations se cicatrisent, ne suppurent plus, la dysphagie a disparu, l'alimentation par la bouche a été reprise sans douleur. Il s'agissait donc dans le cas présent d'ulcérations phagédéniques syphilitiques de la gorge. Au début elles avaient résisté au traitement à cause du phagédénisme. Quant aux scrofulides malignes de Bazin, Lallier, Constantin Paul? Qui sait si elles n'étaient pas de même nature?

Les sigmates de l'ancienne scrofule ne sont-ils pas souvent stigmates de syphilis héréditaire? Que conclure de cet exemple? M. Dieulafoy pose les formules suivantes :

Toute ulcération suppurante et ravageante des piliers et du pharynx est de nature syphilitique si de fortes lésions concomitantes des sommets ne permettent pas d'admettre la tuberculose.

La douleur (qui peut exister dans l'ulcération syphilitique comme dans la tuberculose), l'adénopathie ganglionnaire, l'aspect de l'ulcération et sa suppuration sont des signes sans importance pour le diagnostic différentiel.

Lorsque le diagnostic d'ulcération syphilitique sera fait, le traitement spécifique sera intensif, on commencera par 15 milligr. de bi-iodure de mercure, puis 21, puis 30 en injections sous-cutanées. — N. F.

Hôpital de la Salpêtrière. — M. le Pr Raymond

Le délire hystérique

M. le Pr Raymond montre une jeune fille, âgée de 22 ans. Son père était éthylique; elle-même a toujours été une nerveuse. A 19 ans, elle devint enceinte et accoucha d'un enfant qui mourut. Sous l'influence de ces émotions, elle commença à ressentir des crises légères d'hystérie. Un petit détail de sa vie privée contribua singulièrement à aggraver le mal. Elle fit la connaissance d'un premier sous-officier, puis d'un second sous-officier, et tous deux se plaisaient à l'hypnotiser le soir. Chacun lui persuadait qu'elle abandonnât son collègue. A pareil exercice, le système nerveux de la pauvre fille se détraqua tout à fait. Les grandes crises survinrent en arc de cercle et les idées de persécution s'installèrent dans son cerveau. Depuis six mois, les crises sont très fréquentes. La malade entre à la Salpêtrière et le matin même de son arrivée, elle en réalise une. Elle pousse un cri, tombe à terre, décrit un arc de cercle; puis une rémission se produit, la contraction disparaît, c'est au délire et aux hallucinations visuelles d'entrer en scène. La jeune fille voit des animaux féroces, se sent mordue par eux et l'impression est tellement vive qu'elle persiste, une fois la crise terminée. Le souvenir reste pénétré par l'idée de la morsure et c'est

Digitized by Google

très sincèrement que la malade croit à la réalité de son accident.

Au moment de la crise, quelques signes prémonitoires l'annoncent : c'est de l'énervement, le besoin de briser quelque chose, ou encore un sentiment de tristesse et la tendance aux larmes.

Une pareille crise, d'ordre absolument émotif, rappelle avec ses hallucinations visuelles les crises de délirium. Il n'existe pas d'habitudes alcooliques dans le cas présent. Par contre les signes d'hystérie sont au complet. L'analgésie est généralisée, plus marquée toutefois à gauche. De même il existe un rétrécissement double du champ visuel, l'œil gauche étant plus profondément atteint.

Le traitement consistera à isoler la malade à l'hôpital, de façon à la mettre à l'abri de ses sous officiers et de leurs suggestions. Des paroles rassurantes et douces lui seront adressées et les pratiques hydrothérapiques avec douches froides calmeront l'excitation de son système nerveux.

Formulaire du Praticien

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin

L'intolérance du régime lacté

Certains malades supportent fort mal le lait : cependant il est indispensable qu'ils n'usent pas d'un autre aliment. En pareil cas, l'administration du régime lacté sera soumise à certaines règles et les accidents que provoque l'usage du lait seront combattus par les moyens appropriés.

Pour faire tolérer le lait, le malade le devra boire à intervalles réguliers : de 7 h. du matin à 10 h. du soir, toutes les 3 h., une quantité qui variera de 200 gr. les premiers jours, pour monter rapidement à 600 gr. et 700 gr. Le lait sera pris très chaud, mais non bouilli, l'ébullition détruisant des oxydases qui favorisent sa digestibilité. Au surplus, il sera absorbé très lentement, par petites gorgées, le malade mettant une demi-heure pour vider son bol. Après l'avoir absorbé, il se tiendra immobile, renversé sur un fauteuil. Des serviettes chaudes seront maintenues sur son estomac pendant une demi-heure.

Les accidents qui suivent l'usage du lait sont de quatre ordres : 1° les douleurs; 2° le ballonnement gazeux; 3° la constipation ; 4° la diarrhée.

1° *Les douleurs* seront arrêtées par la prescription des paquets suivants : un après chaque prise de lait :

Bicarbonate de soude.....	ãã 4 grammes
Magnésie calcinée.....	
Craie préparée.....	6 —

Mélanger et diviser en 10 paquets.

Ou bien un cachet de 0 gr. 50 de pepsine. Ou bien 1 à 2 pilules de pancréatine (ces dernières kératinisées pour éviter que la pancréatine soit altérée à son passage par les sucs acides de l'estomac.)

2° *Les gaz* se produisent dans les cas de fermentations. Contre la fermentation lactique, conviendra la potion suivante :

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 grammes

Une cuillerée à chaque prise de lait.

Dans la fermentation butyrique réussira surtout l'érythrol (iodure double de bismuth et de cinchonidine) :

Erythrol.....	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Craie préparée.....	0 — 20

P. 1 cachet. F. cachets n° 20.

Le soufre sublimé, aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, combattra avec succès tous les genres de fermentation.

3° Dans *la constipation*, on usera des irrigations rectales et des pilules suivantes : de 1 à 3 au coucher :

Aloès.....	0 gr. 07
Gomme gutte.....	0 — 03
Extrait de jusquiame.....	ãã 0 — 1/2 centigr.
— — belladone.....	
— — réglisse.....	0 — 10

P. 1 pilule. Faire pilules n° 50,

4° Quant à *la diarrhée*, les infusions de racine de fraisier sauvages (1 gr. 50) en viendront à bout, ainsi que la prescription des bols suivants :

Diascordium.....	ãã 4 grammes
Sous nitrate de bismuth....	

Divisez en 16 bols. Un toutes les heures.

Grâce à ces précautions et ces moyens, il n'est guère de malade qui n'arrive à supporter le lait.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'eau oxygénée comme moyen épilatoire. — Voici un procédé simple et, si son efficacité est vérifiée, qui rendra de grands services. Que de fois le praticien n'est-il pas consulté par des dames dont les lèvres sont ombragées d'un duvet trop fourni! Que prescrire? L'épilation mécanique, les pâtes épilatoires, l'électrolyse? M. Gallois propose l'eau oxygénée: la technique est des plus simples. Coton imbibé d'eau oxygénée et appliqué sur la région qu'on veut épiler. On le laisse en place quelques minutes et on renouvelle cette application tous les jours. Les poils pâlissent, se transforment en duvet incolore, cassent et disparaissent. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications. Précaution à prendre : éviter que les étoffes ne soient tachées par le liquide. L'eau oxygénée brûle les tissus comme elle brûle les poils. Mais elle n'est pas irritante pour la couche cornée tégumentaire. (*Société de Thérapeutique*).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

NOUVEAUX REMÈDES

La théocine comme diurétique. — La théocine est un nouveau produit récemment expérimenté par le Pr-Dr Minkowski (*Thérapie der Gegenwart*, nov. 1902) et que les premiers résultats obtenus par M. Huchard semblent devoir faire considérer comme un agent thérapeutique des plus précieux.

La théocine est un composé isomère de la théobromine. Elle sont toutes deux des diméthylxanthines, la caféine, elle, étant une triméthylxanthine.

Sur la théobromine, la théocine offre l'avantage d'une solubilité plus grande ; de plus, elle exerce sur le système nerveux une action excitante qui manque à la théobromine ; sa supériorité sur celle-ci s'accuse encore dans la promptitude d'action et le meilleur marché du remède. Il agit bien plus rapidement et à doses moindres. Quant aux effets directs sur l'énergie du myocarde et l'amplitude du pouls, ils ne se produisent pas plus avec la théocine qu'avec la théobromine. La caféine seule semble retenir le privilège d'une action excitante sur le cœur, et encore M. Huchard a-t-il démontré, en 1886, que cette action sur l'organe circulatoire central n'était de longtemps pas aussi énergique qu'on le pouvait supposer.

Pour en revenir à la théocine, sa puissance diurétique est étonnante. Minkowski a, jusqu'aujourd'hui, traité 14 malades par ce médicament. L'action diurétique s'est fait sentir dans tous les cas, à l'exception de deux dans lesquels l'ingestion était suivie de vomissements ; car parfois la théocine est difficilement tolérée par l'estomac et risque d'entraîner même dans les cas où les vomissements ne se produisent pas, quelques maladies d'estomac et la perte de l'appétit.

Cet inconvénient est de second ordre et se pourra sans doute aisément éviter à l'aide de quelques prescriptions médicamenteuses aidées d'une diététique appropriée. Ce qui est à noter, c'est qu'administrée après d'autres méthodes de traitement susceptibles d'entraîner une augmentation de la diurèse, la théocine a pu déterminer une augmentation plus considérable encore. Des quantités d'urine qui montaient, sous l'influence de la digitale, de la diurétine et de l'agurine, à 2 litres, se sont vu élever, avec l'emploi de la théocine, à 2,900, 4,600 gr. Les œdèmes et l'ascite disparaissent d'ordinaire rapidement. Dès que le remède est suspendu, la quantité d'urine diminue. Tel malade urinant 2,500 gr. avec la théocine, redescend le lendemain à 600 gr., si la médication est interrompue, pour remonter à 4,450 gr. et à 5,200 gr. avec la reprise de la médication.

Le remède se donne sous forme de poudre ou dissous dans du thé chaud aux doses de 30 centigr. à 50 centigr. Chez certains malades, Minkowski est allé jusqu'à 3 et 4 doses de 30 centigr. M. Huchard est en train de fixer la posologie exacte.

CLINIQUE MEDICALE

Le pyo-pneumothorax enkysté. — Le pyo-pneumothorax enkysté, si l'on en croit les classiques, est une affection fort rare. Tel n'est pas l'avis de M. Duplant (*Lyon Méd.*, 17 août). Pour lui le pneumothorax enkysté n'est pas une rareté pathologique ; seulement le médecin n'assiste pas toujours au début du mal ; il arrive trop tard et alors que la généralisation s'est déjà opérée.

D'après l'examen de deux malades suivis par l'auteur, la description suivante résume les signes et la marche de la complication. Le début se traduit par une violente douleur dans le thorax ; l'examen montre les signes habituels : respiration amphorique, sonorité exagérée, absence de vibrations, bruits d'airain. Mais ces signes sont limités à un territoire du poumon et tout autour on perçoit les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire.

Dès que le pneumothorax est étendu, il contient du liquide. Son siège est variable : type inférieur ou supérieur, chacun d'eux pouvant être divisé en type postéro ou antéro-latéral.

D'ordinaire la déchirure de la plèvre succède à un effort violent, une secousse de toux. Fixé par des adhérences, le poumon est tiraillé dans ses parties libres et se déchire au voisinage d'une forte adhérence pseudo-tendineuse. La pénétration de l'air dans la cavité survient à la suite d'un double mécanisme ; au début le remplissage par les mouvements respiratoires (inspiration et expiration), et plus tard, quand le thorax est immobilisé, le remplissage par la toux. En sorte que la pression positive de l'air emprisonné peut devenir très forte. M. Duplant a observé chez un de ses malades plus de 30 centimètres au manomètre Beclère, alors que la pression dans les pneumo-thorax généralisés ne dépasse guère 6 à 8 centimètres.

Chez les deux malades de M. Duplant le pneumothorax, d abord limité, évolua vers le type généralisé L'extension de la cavité aérienne était due : 1° au décollement des adhérences par la pénétration de l'air sous pression ; 2° à l'action du processus pyogé-

Digitized by Google

nique, celui-ci détruisant les adhérences lamelleuses et respectant les adhérences d'aspect tendineux. Le pronostic est fatal, donc aussi grave que celui du type généralisé vers lequel il tend; la durée moyenne oscille entre un mois et trois mois.

Le traitement idéal du pneumo-thorax partiel serait d'empêcher sa généralisation, puisque c'est de cette généralisation habituelle qu'il tire sa gravité. Il s'agirait donc de poser le diagnostic précoce avant que la tendance à la généralisation se soit dessinée.

Si le praticien vient à bout des difficultés de l'examen, il aura deux procédés à sa disposition pour mettre le malade à l'abri du danger extérieur : 1° empêcher la surpression du gaz ; 2° obstruer la fistule trachéo-pleurale pour éviter la suppuration de la cavité.

Avant toute intervention on fera l'examen radioscopique; une ponction exploratrice renseignera en outre sur la tension de l'air enfermé dans la loge pleurale. Le diagnostic certain, on pourrait par un volet thoracique, ou bien attirer le poumon dans la plaie et l'y suturer (procédé de Delorme pour le pneumothorax chirurgical), ou bien traiter la fistule broncho-pleurale par le procédé de Forges pour la pleurésie interlobaire.

Il consiste à bourrer la cavité de gaze iodoformée et de gaze aseptique,

---

L'hyperthermie apyrétique. — On peut donner ce nom d'hyperthermie apyrétique « à certains cas d'hyperthermie, caractérisés *uniquement* par une élévation, souvent exagérée de la température, sans aucun *autre symptôme fébrile* (Soulier) ». En pareil cas, le pouls n'est pas accéléré, les urines ne sont pas fébriles, seul le thermomètre accuse une élévation considérable de la chaleur centrale. Différentes causes peuvent produire un semblable état. M. Vialard (*Bull. gén. thérap.*, 23 nov. 1902) les range sous les rubriques suivantes :

1° *Les hyperthermies apyrétiques symptomatiques ;*

2° *les hyperthermies apyrétiques essentielles*, l'origine précise de ces dernières échappant à nos moyens d'investigation.

L'*hyperthermie apyrétique symptomatique* dépend d'une *affection nerveuse* (état nerveux, hystérie) ; chez une malade de Soulier, le thermomètre a marqué jusqu'à 44° aussi bien dans le vagin que dans l'aisselle et cependant la peau paraissait à peine chaude, le pouls n'était pas en accélération correspondante à la température ; les urines n'avaient pas le caractère fébrile. Guérison par les bains froids en 3 jours. Une jeune fille de 15 ans, observée par M. Vialard, avait montré un soir 43°,6, en même temps qu'une aphonie hystérique subite. Guérison le lendemain.

Au lieu d'être commandée par une affection nerveuse, l'hyperthermie apyrétique peut accompagner *une maladie fébrile réelle*. Seulement les signes de la fièvre autres que l'élévation thermique font absolument défaut. Telle cette hyperthermie apyrétique symptomatique d'une fièvre intermittente méconnue, dont parle Alvarenga. Une malade affaiblie, sans tare viscérale, ne présentant apparemment aucune élévation thermique, laissait monter la fièvre dont elle ne se doutait pas, tous les 4 jours, vers minuit, jusqu'à 40°,2.

Dans la *lithiase biliaire*, l'hyperthermie apyrétique peut s'offrir presque comme le signe unique. La fièvre monte à 41°, le malade ne montrant qu'un peu de subictère sans accélération du pouls et sans urines fébriles (Vialard, obs. pers.). Les mêmes signes peuvent se répéter au début de la *tuberculose pulmonaire* (T. 41 à 42°), la rapidité du pouls n'apparaissant que plus tard. Dans un cas de cet ordre, l'issue s'est montrée rapidement fatale (Vialard).

L'hyperthermie apyrétique essentielle n'est sans doute elle-même que symptomatique. Seulement l'affection qui la produit est insignifiante. Telle une observation de Achard, où une malade atteinte d'un léger rhume présenta 42° et 43°, le pouls restant à 60. En 48 heures, guérison complète.

L'organisme, en effet, semble fort bien supporter ces élévations souvent exagérées de la température, car elles ne sont que temporaires. La pathogénie de pareils accidents nous échappe jusqu'aujourd'hui.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'auto-intoxication gastro-intestinale. — L'auto-intoxication gastro-intestinale est le résultat de facteurs divers. La dyspepsie, les stases (par athrepsie, insuffisances musculaires, spasmes, ptoses, constipation, occlusion intestinale, etc.), les catarrhes et entérites en sont les causes habituelles.

Outre l'aspect pâle et cachectique du malade, la fétidité des garde-robes, les signes de cette auto-intoxication sont fournis par le résultat de l'analyse urinaire. Celle-ci renferme des phénols, paracrésols, scatol, indol ; de l'acide nitrique versé dans un verre à pied contenant de l'urine produit une coloration violacée (indican) ; on pourrait encore doser les acides sulfo-conjugués. C'est un sujet sur lequel nous avons écrit notre thèse inaugurale. Le dosage est long, minutieux, inapplicable à la clinique.

Quant au traitement, il sera institué d'une façon

Digitized by Google

rigoureuse. M. Combes (de Lausanne), (*Gaz. des maladies infant.*, 13 novembre), n'attache aucune importance aux antiseptiques ; en quoi il a raison. Les naphtols, salols et autres drogues du même genre sont des agents irritants ; ils ne réalisent au surplus qu'une antisepsie illusoire. Les lavages intestinaux sont bien plus actifs. M. Combes conseille de les pratiquer avec un long tube introduit de 0m,75 à 1 mètre chez les enfants, 1 mètre à 1m,50 chez les adultes, avec une pression de 0,10 pas plus. Le professeur de Lausanne conseille en outre une hygiène alimentaire rigoureuse. Les conseils qu'il exprime sont judicieux. Ils se réduisent à trois principaux :

1° *Suppression* de l'alimentation des substances éminemment susceptibles de cultiver les microbes : *bouillons, gelées, blanc d'œuf ;*

2° Donner le *strict nécessaire d'azote* à prendre dans le lait et la viande ;

3° *Gaver de farineux.* Avec les farineux les microbes ne peuvent faire leurs toxines. Il leur faut cinq fois plus de farineux que de viande.

La médication antiputride et lacto-végétarienne. — Le lait ne donne ni indol, ni scatol, le fromage frais lui-même diminue les acides sulfo conjugués. Les hydrocarbures et surtout les farineux jouent le rôle de substance empêchante de la putréfaction. Donnés avec la viande, ils en entravent la putréfaction. Au surplus, les farineux offrent un autre avantage. Ils sont des aliments d'épargne, permettent de fixer trois fois plus d'azote que la viande.

En pratique, voici l'application du régime : ne pas boire en mangeant ; alterner les repas secs et les repas avec boisson. Supprimer totalement : bouillons, gelées, gibier, blancs d'œufs. Donner 250 grammes de viande, quatre jaunes d'œufs et des farineux le plus possible.

Six repas par jour. Ainsi, premier repas du matin (avec liquide) : potage, avec orge ou avoine maltées, cacao ;

Deuxième repas (sec) : macaroni, nouilles, etc. ;
Troisième repas (sec) : viande, 1/3 ;
Quatrième repas (liquide) ;
Cinquième repas (dîner) ;
Sixième repas (liquide).

Les boissons les mieux supportées sont d'ordinaire les infusions chaudes (thé léger, tilleul, orge). Malaisément accepté au début dans certains cas, l'accoutumance à ce régime se fait très vite. De temps à autre, une cuillerée à café d'huile de ricin sera utile le matin et une légère dose de calomel au coucher (0,05 à 0,10).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Nouvelle méthode de traitement des blessures. — Un des inconvénients des antiseptiques dans le traitement des blessures est leur action caustique. Ils tuent le microbe il est vrai, mais compromettent aussi la vitalité des tissus en voie de réparation. C'est pour obvier à ces désavantages, que Schleich (de Berlin) a préconisé diverses préparations, parmi lesquelles le glutol.

Le glutol est de la gélatine faiblement formolée. Tout le monde sait ce qu'est la gélatine et ce qu'est le formol, mais ceci ne permet pas de deviner ce qu'est la gélatine formolée. La gélatine formolée n'est pas un mélange de gélatine et de formol, mais une véritable combinaison. Insoluble dans tous les liquides organiques ou inorganiques, tels que l'eau, les acides, les éthers, la gélatine formolée ou glutol ne se dissout et ne se décompose qu'en présence des diastases (suc pancréatique ou gastrique), et en présence des sécrétions cellulaires des divers tissus mis à vif. Et l'on voit ainsi tous les avantages qu'aura le glutol. Appliqué sur une plaie le glutol ne mettra en liberté son formol que peu à peu, son action antiseptique ne sera donc pas brutale mais progressive et durable. D'autre part, la gélatine, substance très peu irritante pour les cellules des tissus, leur sera du même coup un milieu de nutrition où elles puiseront fort avantageusement. Enfin, par surcroît, le glutol jouera le rôle d'un hémostatique de premier ordre par sa gélatine elle-même.

Le glutol employé par son inventeur lui a donné toute satisfaction ; en France, son emploi ne s'est pas encore beaucoup généralisé. C'est, en tous cas, un topique des plus intéressants qui mérite d'être étudié de près.

Toujours guidé par cette même idée direcrice d'appliquer sur les plaies un topique peu irritant, et en même temps nutritif. Schleich a utilisé encore bien des préparations du même genre. Nous n'en citerons que quelques-unes qui pourront rendre de réels services.

1° Pâte peptonisée :

Peptone sèche.....	ãã 15 grammes
Amidon.....	
Oxyde de zinc finement pulvérisé.	
Gomme arabique.....	30 —
Eau distillée (p. faire une pâte).	Q. s.
Lysol.....	V gouttes

C'est une pâte excellente, nutritive, peu irritante, molle à la température ordinaire, peu cassante lorsqu'elle est sèche.

Digitized by Google

2° Pâte de sérum :

Sérum de sang de bœuf....	1.000 grammes
Oxyde de zinc..... ..	500 —

Ce mélange est séché à l'étuve et réduit en poudre ; on emploiera cette poudre de la façon suivante :

Poudre de sérum à l'oxyde de zinc	100 grammes
Eau.....	50 —
Emulsion de camphre 0,2..... / Pâte peptonisée.....	20 —

Ce mélange est le topique par excellence, selon l'auteur, pour les plaies d'ulcères variqueux. Le lysol peut être remplacé par le gomenol.

3° Pâte mercurielle remplaçant avantageusement l'onguent napolitain pour le traitement de la syphilis :

Mercure.....	50 grammes
Pâte peptonisée.....	100 —
Huile de cacao.....	15 —
Eau distillée.....	20 —

Cette pâte s'applique au pinceau, elle s'enlève par un simple lavage à l'eau. — A.

TOXICOLOGIE

Intoxication oxycarbonée (anémie) par la chaufferette. — — Tout récemment *(Journal des Praticiens*, n° 38), M. Marcel Labbé s'élevait contre la légèreté avec laquelle est fréquemment posé le diagnostic d'anémie. Une fois même le diagnostic assuré, et l'anémie distinguée des *fausses anémies*, qui n'ont de communs avec elle que les symptômes physiques et fonctionnels, sans présenter les altérations sanguines caractéristiques, ne doit-on pas, avant d'instituer un traitement symptomatique, chercher à découvrir et à combattre la cause de l'affection ? Si ces causes sont quelquefois obscures, dans bien des cas il semble qu'on puisse la reconnaître. Pose-t-on aussi souvent qu'il devrait l'être le diagnostic d'anémie par intoxication oxycarbonée ? Il suffit de se rendre compte que dans bien des habitations les appareils de chauffage défectueux, sources du gaz toxique, sont extrêmement répandus, et qu'il suffit de quantités minimes d'oxyde de carbone pour produire des désordres graves.

En voici un exemple : tous les praticiens, je pense, pourraient en observer de semblables.

C..., âgée de 19 ans, m'est présentée par sa mère. Sa santé actuelle est parfaite. Mais depuis quatre années, aux approches des mois d'hiver elle présenterait des signes d'anémie assez prononcés — pâleur des téguments — faiblesse générale, vertiges, dyspnée produite surtout par la marche sur terrain montant, quelques troubles digestifs, appétit capricieux, parfois vomissements après les repas ; à ce même moment les règles deviendraient douloureuses. Ces troubles, se maintenant pendant la saison froide, disparaîtraient au printemps.

Chaque année fut suivi un traitement (administration de diverses préparations ferrugineuses) qui chaque fois aurait été suivi d'amélioration, mais n'empêchait pas la récidive l'année suivante.

J'étais donc consulté pour instituer une thérapeutique préventive. Divers examens de l'état actuel de la jeune fille ne me révélèrent rien d'anormal. La cause de l'anémie ne m'apparaissait pas dans son organisme, absolument sain.

Pouvais-je faire le diagnostic rétrospectif d'anémie vraie ? Je le crois, car outre les symptômes fonctionnels qui m'avaient été nettement exposés, j'avais cette notion que l'administration des ferrugineux avait toujours été suivie d'amélioration.

Frappé par le caractère saisonnier de l'affection, je cherchai parmi les causes extrinsèques. La malade elle même attribuait volontiers au froid son anémie. L'action du froid, d'ailleurs très modéré dans notre climat, me paraissait plutôt propre à exciter les échanges organiques et les fonctions nerveuses. Mais j'appris que la malade, imbue de sa théorie d'anémie *a frigore*, avait pour habitude, dès l'automne, de ne guère s'éloigner du feu, et surtout de garder constamment pendant la journée, sous les pieds, une chaufferette abondamment garnie de braise. L'oxyde de carbone, dégagé en abondance de ce foyer, était à n'en pas douter la cause de la destruction globulaire. Et je me bornai comme traitement préventif à proscrire la chaufferette. L'hiver se passa. L'anémie ne reparut pas.

Ce cas ne doit pas être isolé. Nous savons la haute toxicité de Co, qui se ferait sentir avec de 2 à 5 du gaz pour 10.000 d'air, et même, pour de Saint-Martin, avec des doses infiniment moindres, mais continuées longtemps. Le danger ne menace pas seulement la personne qui fait usage de l'appareil, mais vicie l'atmosphère de tous les locaux où on le transporte.

Proscrivons donc la chaufferette qui d'ailleurs ressemble étrangement au réchaud des suicidés. — Dr Jullien (Joyeuse).

PÉDIATRIE

Le scorbut infantile. — La maladie de Barlow, caractérisée par des hématuries, des pétéchies, des œdèmes, de la gingivite, des pseudo-paralysies, des tuméfactions osseuses, est le scorbut infantile.

Chose étrange, alors que depuis longtemps on avait

Digitized by Google

que le scorbut de l'adulte reconnaissait pour
e, la privation d'aliments frais et spéciale-
e légumes, la plupart des auteurs faisaient du
infantile une maladie de nature toute diffé
comme une manière de rachitisme.
ces dernières années, plusieurs auteurs se
evés contre cette manière d'interpréter les
et M. Netter, en particulier (*Revue Mens.*
lad. de l'Enfance, déc. 1902), admet que le
infantile est le plus souvent provoqué par la
tion (à 110°) et la recuite du lait.
isant le lait à une aussi haute température,
uit les produits antiscorbutiques contenus
lait frais. C'est ainsi que le lait frais, qui
t en acide citrique la valeur d'un citron en-
renferme plus qu'une très faible proportion
citrique soluble, lorsque le lait a été cuit à
te température.
its semblent bien d'accord avec cette théorie.
er a montré, en effet, qu'on peut guérir le
en ajoutant au lait des jus de fruit, de
citrique, ou plus simplement encore en rem-
le lait stérilisé à 110° par du lait pasteurisé

MÉDECINE LÉGALE

rphilis des verriers et la responsabilité rons. — Il y a peu de temps, M. Gailleton *nédic.* 7 déc. 1901) recevait dans son service ers porteurs de chancres de la lèvre. Comment areil accident et s'il se produit, quelles sont onsabilités du patron ?

Chassagny avait jadis imaginé un petit appa-
t ingénieux : un embout qui s'adaptait à la
e l'ouvrier comme une embouchure à l'ins-
de musique. L'ouvrier avait son embout à
it seul à s'en servir. L'idée était heureuse
tissait à un résultat efficace : la contagion
ique devenait impossible.
ureusement l'usage de cet embout ne se
a pas ; on lui reprocha d'entraver le mou-
d'une manœuvre qui devait être rapide.
elques essais, on revint à l'ancienne méthode.
que du soufflage reprit de plus belle et la
e passer toute chaude et rapidement entre les
le trois ouvriers qui soufflent à leur tour.
leton demande qu'on revienne à la pratique
bout. Peut-être les ouvriers finiront-ils par
ue leur intérêt est de la reprendre.
l'emploi de l'embout et en attendant sa vul-
on, il serait nécessaire que la visite sanitaire
nisée d'une façon plus sérieuse. L'inspection
e régulière : dans nombre d'établissements, sauf ceux de Rive-de-Giers, elle n'est que nominale. En même temps chaque ouvrier devrait être muni d'un carnet sanitaire, à seule fin que le patron connaisse les antécédents du verrier demandant son admission à l'usine. Dans les premiers temps de son entrée, celui-ci sera soumis à plusieurs visites médicales successives. Etait-il en période d'incubation syphilitique ? C'est ce qu'apprendront ces visites rapprochées pendant les six premières semaines. Quant aux ouvriers en fonctions, la plus petite érosion labiale leur deviendra suspecte. Ils consulteront le médecin à la moindre lésion de cet ordre.

Quant à la durée de l'incapacité de travail qui devra suivre la constatation de l'accident, M. Gailleton l'estime à deux ans. C'est une période longue, mais que nécessite la nature récidivante de la syphilis. C'est dire combien, en présence de semblable accident, est engagée la responsabilité du patron. Au syphilitique, devenu malade dans ses ateliers, son devoir strict est de verser une indemnité considérable. De quel chiffre ? L'indemnité accordée aux nourrices infectées par leurs nourrissons varie de 3,000 à 5,000 francs.

Seulement. chez le verrier le dommage est bien plus grand ; la nourrice contaminée ne perd qu'un gagne-pain momentané, celui qui lui était assuré par la durée de l'allaitement. Pendant deux ans, le verrier ne pourra reprendre son travail. Que fera-t-il pendant ce temps ? Il s'engagera comme manœuvre, mais la profession de verrier est débilitante. Notre homme ne pourra se livrer à aucun travail pénible. Au surplus, à supposer que ses forces soient conservées, il ne gagnera que 3 fr. 50 par jour comme manœuvre. Son salaire était de 6 à 8 francs par jour en tant que verrier. Les patrons d'usine, en face d'un pareil dommage, ne sauraient imposer trop de précautions à leur personnel.

STOMATOLOGIE

La péricystite lacrymale et les abcès dentaires. — Parinaud, en 1894, démontra que la plupart des affections qu'on désignait sous le nom de phlegmon-lacrymal ou de dacryocystite étaient en réalité des inflammations du tissu cellulaire périsacculaire, des péricystites. M. le Dr Louis Roche, reprenant cette étude (*Revue de stomatologie*, octobre 1902), divise les péricystites en aiguës et chroniques. Dans les formes aiguës prennent place trois variétés : *l'une phlegmoneuse* s'accompagne de phénomènes violents et se termine par un abcès qui s'ouvre soit dans le sac, formant une fistule borgne externe, soit dans les deux directions à la fois, formant une fistule lacrymale complète. Une seconde variété affecte la

Digitized by Google

forme gangréneuse et est due à des microbes anaérobies (Veillon et Morax); une troisième variété a trait à *la forme érysipélateuse*, Tous les praticiens connaissent ces sortes de lymphangites qui n'aboutissent pas à la suppuration et simulent l'érysipèle débutant par le grand angle de l'œil. Dans les formes chroniques, on distingue la *variété enkystée* qui simule la mucocèle et la *forme périostique*.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé. Dans la forme phlegmoneuse, plus d'une fois on est dans l'embarras. L'œil est fermé par un œdème considérable des paupières qui envahit la partie supérieure de la joue correspondante. Cet œdème, incolore sur les paupières et sur la joue, est fortement coloré et même rouge livide dans la région du sac, laquelle est très douloureuse à la pression. Très souvent les douleurs, d'abord localisées à la région du sac, deviennent diffuses et peuvent simuler, à s'y méprendre, les douleurs d'origine dentaire. Si l'on joint à ce symptôme l'œdème de la joue étendu aux paupières, on voit que l'affection ressemble à s'y méprendre aux fluxions dentaires.

La difficulté inverse peut se produire. Un malade est atteint d'un abcès dentaire : on croit à une tumeur lacrymale. Une fistule dentaire se produit au niveau du grand angle de l'œil, au-dessous du point lacrymal inférieur. On croit à une fistule lacrymale et c'est une autre erreur. M. Roche publie trois observations où pareille confusion a été commise. La marche de cette propagation inflammatoire est commandée par l'état anatomique de la région. Parinaud a démontré *(Arch. de Méd.* 1880), qu'il existe sur le maxillaire supérieur un canal continu allant de l'alvéole de la canine à la région lacrymale, en traversant la branche montante du maxillaire sans pénétrer dans le sinus et venant se terminer dans l'un des 2 ou 3 trous qui sont situés dans cette région et qui ne sont pas décrits par les anatomistes.

Le pus ne pouvant parfois fuser entre la dent et l'alvéole à cause des adhérences, trouve un chemin par ce conduit et vient se collecter dans la région lacrymale. Une autre pathogénie pourrait être invoquée : la propagation le long du périoste. Mais pareille explication satisfait assez peu ; elle ne rend pas compte des guérisons immédiates qui suivent l'avulsion de la dent.

Le diagnostic sera fait par l'étude des antécédents et le siège de la douleur. Un larmoiement ancien, la présence du pus qui sourd après pression des points lacrymaux, le début de la douleur par l'angle de l'œil, voilà des points de repère. On penchera pour une lésion des voies lacrymales et la rougeur constatée en pareil cas au niveau du sac lèvera les derniers doutes. Si le praticien est muni d'une seringue d'Anel, il pourra tenter une injection d'eau bouillie dans le point lacrymal. Il existe d'habitude un rétrécissement dans la péricystite, et l'injection au lieu de passer dans la narine correspondante revient par le point lacrymal supérieur. Plus délicat, ce dernier moyen de diagnostic est d'ordinaire inutile. Les autres éléments suffisent pour asseoir un jugement.

La péricystite à forme périostique avec larmoiement et compression du sac par épaississement inflammatoire du périoste peut être encore plus malaisée à distinguer. En pareil cas l'exploration digitale réveille de la douleur, surtout au niveau du bord inférieur de l'orbite qui paraît émoussé, tandis que dans la périostite d'origine dentaire on reconnaît facilement que les lésions siègent surtout au niveau de la branche montante.

L'exploration la plus importante sera toujours l'examen de la mâchoire supérieure. La canine ou la première molaire sont-elles cariées ? Quelle que soit l'hésitation du diagnostic, il faudra conseiller l'avulsion immédiate de ces dents.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'anémie plasmatique. — M. Albert Robin fait une communication fort savante et très originale sur la déminéralisation des tissus dans un grand nombre d'états morbides (albuminuries phosphatiques, tuberculose pulmonaire, phosphorisme, hémoglobinuries, chlorose et anémie). En pareil cas ce sont souvent les plasmas qui sont déminéralisés et les globules sanguins s'altèrent consécutivement à l'altération des plasmas. Le traitement doit viser la reminéralisation des plasmas au moyen d'une poudre saline qui renferme les principes du sang; institué plus tard, le traitement ferrugineux agira directement sur les globules.

L'appendicite. — M. Lucas Championnière. On n'aggrave pas sensiblement la gravité de l'appendicite en opérant à chaud. (Voir l'intéressante leçon de M. Lucas Championnière, *Journal des Praticiens*, n° 20).

Le nagana au Chari. — M. Kermorgant. Le Chari est un territoire situé en plein centre de l'Afrique. M. le Dr Morel y a constaté l'existence du nagana (maladie à trypanozomes) chez les ânes, bœufs, chevaux, moutons. Les indigènes avaient remarqué que ces épizooties survenaient surtout à la saison des pluies. A cette époque pullule la mouche Tsétsé dont la piqûre dépose sur la plaie les trypanozomes dont son corps est souillé.

— M. Laveran. L'arrhénal est loin d'être un spécifique de la fièvre intermittente, comme on l'avait indiqué. Il peut compter comme adjuvant tonique au traitement qui

Digitized by Google

nique et c'est tout. C'est ce qui ressort de l'examen de plusieurs rapports dépouillés par M. Laveran.

Election. — M. Chauffard est élu membre de l'Académie par 65 voix. C'est là un beau succès dont nous félicitons bien vivement notre excellent collaborateur (*16 décembre.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Emploi de l'argent colloïdal dans les maladies infectieuses. — M. Netter. L'argent colloïdal ou collargol est un état allotropique de l'argent, sous lequel il est soluble dans l'eau et les humeurs de l'organisme. Introduit dans la thérapeutique en 1897, par Credé, il s'emploie en frictions (1, 2, 3 gr. d'une pommade à 15 0/0) et en injections intra veineuses à 1 0/0 ou 200 — (3 à 5 centigr. de principe actif). — Des succès extraordinaires suivraient l'emploi de cet agent thérapeutique. L'endocardite infectieuse guérirait au moyen de ces injections, la fièvre tomberait et les altérations de l'endocarde rétrocéderaient (Wenckelbach, Klotz). Netter a employé le collargol dans une péricardite et dans une pneumonie avec épanchement purulent. Dans la péricardite, la fièvre tomba 3 jours après l'injection, et les signes de frottement disparurent très vite. La pneumonie chez le deuxième malade prit fin le sixième jour, et l'épanchement purulent se résorba. Même succès dans la méningite spinale suppurée. Apyrexie le lendemain de la friction et convalescence rapide. Dans un cas de tuberculose aiguë, ulcéreuse, à forme broncho pneumonique, les frictions ont amené la chute de la fièvre et le retour immédiat de l'appétit et des forces. Un médecin était atteint de pyohémie : six heures après la friction, goût métallique dans la bouche. Retour des forces et de l'appétit le lendemain. Et ce n'est pas tout.

Un cas de scarlatine grave, deux angines diphtériques toxiques, trois fièvres typhoïdes adynamiques ont également bénéficié de la médication avec la même rapidité.

Voilà de beaux résultats. Seront-ils confirmés ? Nous tiendrons nos lecteurs au courant.

Pour aujourd'hui, contentons-nous de dire que le mécanisme de l'action du collargol reste vague. Le remède a un pouvoir bactéricide assez faible.

Atrophie musculaire par névrite probablement tuberculeuse. — M. E. Hirtz. Homme de 22 ans, signes de bacillose aux sommets ; du côté droit, atrophie musculaire presque complète des pectoraux, incomplète du trapèze, du grand dorsal et du sterno-mastoïdien. Hyperesthésie des extrémités.

Le traitement des névralgies par les injections sous-cutanées d'air atmosphérique. — MM. Pierre Marie et Guinon. On injecte au niveau des points douloureux dans le tissu cellulaire sous cutané, de 1/3 à 1/2 litre d'air atmosphérique préalablement filtré sur de la ouate. Cordier (de Lyon), avait recommandé cette méthode dans la sciatique. Les auteurs en ont retiré de bons résultats dans plusieurs cas de sciatique, un cas de zona et chez un diabétique. M. Chauffard confirme les bons effets du traitement. Il semble agir à la fois en produisant une élongation des extrémités nerveuses et en formant à leur niveau une sorte de coussinet gazeux qui les protège contre les chocs extérieurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'appendicite. — M. Guinard. Tout malade atteint d'appendicite, opéré ou non, est exposé à la mort. La formule est heureuse. Elle rabat l'assurance des uns et des autres, des opérateurs à outrance, et des temporisateurs intransigeants. L'auteur n'est ni un interventionniste absolu, ni un abstentionniste de parti pris.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La Vie Médicale

Les discussions dans les Syndicats médicaux

L'entente entre médecins est difficile. Même quand les questions de rivalité sont à l'écart et qu'il ne s'agit, dans une réunion professionnelle, que d'une discussion d'intérêts communs, le débat s'éternise, aboutit avec peine. A cela plusieurs raisons. Un de nos lecteurs, le Dr Moret, de Courlon, les rattache à une série de facteurs tenant, les uns à l'état d'infériorité mentale dans laquelle se trouve toute assemblée délibérante, les autres, aux mœurs médicales actuelles et à l'isolement mal renseigné où vivent d'habitude nos confrères.

Il y a d'abord, dans toute réunion confraternelle, un vice fondamental : celui qui inspire la psychologie de l'assemblée elle-même. La psychologie des foules, notre confrère, M. Le Bon, l'a établie dans un volume qui restera. Toute réunion, quelle que soit la valeur des individus qui la composent, ne mènera à bien que des résultats médiocres, car pour obtenir ce résultat s'associeront, non les qualités supérieures de chacun, mais ce qu'ils posséderont de fonds commun d'idées moyennes et médiocres.

Une autre cause de la valeur précaire des discussions professionnelles tient à l'éducation du médecin lui-même. C'est un isolé, un solitaire, un pressé. Dans sa vie indépendante, il a perdu le sentiment de la discipline. « Le président a beau agiter sa sonnette, chacun est plein de ses conceptions particulières. Il veut les placer avant de reprendre son chapeau et d'endosser son pardessus. L'heure du train est proche. Il faut se dépêcher de parler. De là, confusion et chaos. »

Le peu d'entente, sans doute, est aussi en partie imputable à la différence des origines et des points de vue. Les médecins arrivent de tous les points de l'horizon social ; les uns ont de la fortune, d'autres pas. Le millionnaire fait de la médecine à prix réduits. Que dirait-on d'un boulanger qui, parce qu'il serait moins riche, vendrait son

Digitized by Google

pain au-dessous du cours? En dernier lieu, un autre élément entre en jeu, qui augmente encore la désunion. M. le Dr Moret entend la compétence plutôt médiocre des confrères en matière d'économie politique. Dans les griefs qu'ils opposent aux Compagnies, ne devraient ils pas faire des distinctions, nommer des délégués, calculer leur exigence d'après les bénéfices des Compagnies?

Telles sont les vues développées par notre confrère. De leur lecture se dégage cette impression : les rivalités confraternelles refusent de s'abaisser devant une supériorité, une autorité qui leur semble assez haute pour qu'elles acceptent avec déférence les avis qui en émanent. C'est toujours la nécessité qui s'impose d'un Syndicat fortement centralisé, à la tête duquel soit assis un confrère vigilant, actif, dévoué, toujours prêt, et qui n'occupe pas sa situation dans le simple but d'une ambition personnelle et comme piédestal à sa gloire.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales *(clinique et thérapeutique)*, par Huchard, de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker (un vol. de 620 pages ; 3me édition refondue et augmentée. J.-B. Baillière, éditeur.

Dans le dernier numéro de ce journal, nous avons annoncé l'apparition de ce livre en nous bornant à transcrire la préface. Celle-ci, par suite d'un oubli, n'ayant pas été donnée dans sa totalité, nous en reproduisons la fin qui peut intéresser nos lecteurs :

« *Succès oblige. Aussi, cette troisième édition est elle très refondue, augmentée de plusieurs chapitres importants pour les praticiens. Car c'est aux praticiens que ce livre est adressé. C'est pour eux seuls que l'œuvre a été et sera continuée, c'est vers eux que vont mes remerciements bien sincères, puisque leur bienveillante et chaleureuse approbation m'a soutenu, m'a encouragé dans tous mes efforts.* »

(Nous rappelons encore l'erratum de la page 600 : Le *Sidonal* est un quinate de pipérazine, et non un chlorhydrate de pipérazine.)

Guide de thérapeutique obstétricale, par M. le Dr Pech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Montpellier, Coulet, et Paris, Masson et Cie édit. 1 volume in-12, 230 pages.

Excellent guide du praticien. Les accidents et complications de la grossesse et de l'accouchement y sont décrits en un paragraphe conçis, laissant toute place aux développements très complets et toujours pratiques qui sont consacrés à la thérapeutique et à la conduite à tenir.

Bulletin de la Société française d'Histoire de la médecine, publié par M. le Dr Albert Prieur, secrétaire général. Paris, Alph. Picard et fils, édit.

La publication de ce Bulletin établit la vie et l'activité de la jeune Société d'Histoire de la Médecine. Des mémoires curieux y trouvent place et plus d'un lecteur à les parcourir sera étonné de la somme de connaissances que possédaient déjà nos pères. Le volume actuel, entre autres publications, renferme les discours prononcés à l'occasion du centenaire de Bichat. Nos compliments aux promoteurs de l'entreprise, MM. B. Blanchard et Prieur.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'énergie de croissance et l'ovo-lécithine.

Sous le nom d'énergie de croissance, M. le Dr Springer entend « l'ensemble des forces qui concourent au travail physiologique qui produit le développement des êtres vivants ». Or, certaines substances jouent un rôle des plus importants dans la manière dont elles affectent cette énergie de croissance. Il est des produits qui stimulent cette énergie d'une façon particulièrement remarquable. Telles les lécithines, la potasse, les oxydases, l'eau. M. Springer place en première ligne la lécithine et il a raison.

« La lécithine, qui a présidé à la croissance de certains organes, abandonne ceux ci dès qu'ils sont développés, pour affluer vers les tissus de nouvelle formation. »

A cet égard, l'ovo lécithine constitue entre les mains du praticien un remède de premier ordre. Car elle cède une partie de son phosphore au suc gastrique et au suc pancréatique, et est résorbée en partie sous cette forme (Salkowski). Il en résulte une action tonique générale, une stimulation salutaire qu'on ne saurait obtenir avec des agents d'un autre ordre. Il se trouve de la lécithine dans le jaune d'œuf ; mais celle ci n'existe pas à l'état de pureté. Elle est en combinaison avec des matières albuminoïdes et des matières grasses, en sorte que son sort et la possibilité de son absorption sont liés au sort et à la possibilité de l'absorption des albuminoïdes et des graisses. Pareil inconvénient n'existe pas pour l'ovo lécithine : en la prescrivant, le praticien sera assuré d'une action reconstituante qui ne se démentira pas. Chez les enfants débiles et dont la croissance se fait mal, le remède donnera des résultats immédiats. La facilité de son absorption la fera même maintes fois préférer à l'huile de foie de morue, laquelle provoque de la part des enfants un sentiment de répugnance habituelle.

La Source Cachat d'Evian-les-Bains a été employée avec succès constant depuis cent ans contre la goutte chronique, les coliques néphrétiques, l'uricémie, les pyelo-néphrites chroniques, l'albuminurie, les coliques hépatiques, la dyspepsie, le diabète des goutteux et des graveleux.

Pour renseignements, s'adresser à M. Besson, directeur, à Evian.

Admis dans les hôpitaux, le **GOMENOL**, est un terpine naturel, c'est un antiseptique végétal puissant qui, ni toxique, ni caustique à aucun degré, présente une sécurité absolue et est aisément maniable. Il constitue, dit le Dr Forné, un médicament précieux contre les maladies des voies aériennes.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

L'adénite sus-claviculaire chez les phtisiques

Par le Dr Ch. Sabourin
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Si les adénites sus-claviculaires concomitantes de la tuberculose des sommets étaient un phénomène constant, elles auraient droit à la même valeur sémiologique que les adénites inguinales dans la syphilis génitale; et l'on pourrait les décorer du nom de bubons tuberculeux sus-claviculaires. Mais elles font défaut parfois.

Cependant elles constituent un symptôme de grande fréquence qui, s'il n'a point en général d'importance par lui-même, peut avoir une valeur diagnostique de premier ordre. Elles méritent donc d'être mises en relief plus qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent, contrairement aux adénites de même siège, d'origine cancéreuse par exemple.

Les ganglions lymphatiques altérés qui les constituent sont essentiellement sus-claviculaires, et c'est de ce siège précis qu'ils tirent leur importance. Leurs caractères objectifs sont fort variables. Ils peuvent être tout à fait localisés au creux sus-claviculaire, plus ou moins en dedans, plus ou moins en dehors en longeant le bord supérieur de la clavicule, ou un peu plus élevés dans le triangle sus-jacent. Ils peuvent être associés à des ganglions descendant vers le médiastin, ou vers le creux axillaire, ou remontant plus haut vers le cou.

Tantôt ce sont des ganglions très petits, en tout comparables à des grains de plomb qui roulent sous le doigt sur le plan plus résistant des parties profondes; tantôt ils ont le volume d'un pois, d'un haricot, d'une noisette et même beaucoup plus, et d'une façon générale leur consistance est d'autant moindre qu'ils sont plus volumineux. Récents, ils sont mollasses au palper; plus anciens, ils peuvent avoir la dureté de la pierre. Ils peuvent être nettement isolés les uns des autres, mais ils peuvent être comme confluents et agglomérés dans une sorte d'infiltration du tissu conjonctif environnant. Cette dernière disposition s'observe surtout chez les malades en état de surmenage; et en général il suffit d'une période de repos assez courte pour faire disparaître la gangue qui les réunit et leur rendre leur liberté. Cette sorte de confluence peut s'observer encore lorsque ces ganglions, de volume déjà notable, sont soumis à une crise d'activité de leurs tissus constituants, du genre de celles que nous signalerons plus loin.

Il n'est pas rare de voir le creux sus-claviculaire occupé par une véritable pléïade de ganglions de volume variable, surtout vers l'insertion du sterno-mastoïdien, un ganglion plus volumineux ayant autour de lui plusieurs ganglions plus petits.

Enfin, l'adénite bilatérale est extrêmement fréquente, phénomène tout à fait en rapport avec ce que nous savons de la bilatéralité très ordinaire des lésions tuberculeuses.

Lorsque l'adénite sus-claviculaire est associée avec l'adénite cervicale, les ganglions cervicaux semés en chapelets le long du cou peuvent avoir tous les caractères qui précèdent, tantôt petits grains de plomb roulant sous le doigt, tantôt amas disséminés de ganglions s'étendant vers la mâchoire, vers la mastoïde ou vers la nuque. Chez les sujets en surmenage tout cela peut former une plaque saillante, bosselée et déformante, dans laquelle les glandes reprennent leur individualité après quelques jours de repos, en général. Les associations avec les adénites axillaires ou rétro-sternales ont des caractères analogues.

L'adénite sus-claviculaire, pour ne parler que d'elle, peut être rapide dans son apparition, mais ensuite son évolution est plutôt lente. Que le malade guérisse ou ne guérisse point, les ganglions se rétractent, durcissent et persistent fort longtemps, probablement de façon indéfinie dans beaucoup de cas, et les petits grains de plomb résultant de leur régression restent là comme les témoins de la lésion antérieure du sommet pulmonaire.

Cette adénite est généralement indolore, même à la palpation, et presque tous les malades en ignorent l'existence. Cependant les sujets à *douleur facile*, les femmes surtout, peuvent avoir la notion de certains ganglions même peu volumineux, par la sensation pénible qu'ils engendrent sur place. Et alors la palpation exagère ce phénomène douloureux.

D'une façon générale, la symptomatologie de ces adénites se borne à leur simple présence. Quand ils sont petits et rares, le médecin doit les chercher en explorant avec la pulpe du doigt, le bord des clavicules. Comme souvent ils sont cachés derrière cet os, on les découvre mieux en se plaçant derrière le malade, de façon que le doigt pénètre plus facilement en profondeur dans l'espace sus-claviculaire. Mais s'ils sont plus gros ou agglomérés, ils peuvent être perceptibles à la vue, et il suffit parfois d'un ou deux ganglions logés derrière l'insertion du sterno-mastoïdien pour produire une déformation des plus nettes de la région.

Signalons seulement un fait intéressant, mais qui sort du cadre de ce chapitre : Les adénites sus-claviculaires, ainsi bien établies, restent presque toujours torpides. Mais dans certains cas, elles peuvent subir des crises d'activité propre, de quelques jours ou de quelques semaines de durée. Alors ces ganglions, que le malade ignorait bien souvent, deviennent le siège d'un endolorissement variable, spontané et

Digitized by Google

provoqué par la palpation ; ils se tuméfient légèrement ; parfois même ils s'empâtent à leur périphérie, et peuvent alors donner lieu à quelques douleurs irradiées. Enfin, le thermomètre démontre l'existence d'un léger état fébrile, bénin d'ailleurs, mais qui peut élever presque d'un degré matin et soir la température du malade. Ces crises se terminent par la chute de la fièvre et le retour des ganglions à leur volume antérieur et à leur indolence habituelle.

Il n'est pas douteux, d'après la multitude de faits observés, que l'adénite sus-claviculaire soit en rapport avec la tuberculose du sommet pulmonaire sous-jacent. A peine y a-t-il lieu de se demander si l'*épine tuberculeuse* de la plèvre a plus de chances de provoquer le retentissement ganglionnaire que l'*épine sous-pleurale* ou *parenchymateuse*. Car dans la plupart des cas la première colonie bacillaire des sommets paraît être *pleuro-pulmonaire*, les granulations originelles attaquant à la fois les dernières ramifications bronchiques périphériques et la plèvre adjacente. Etant données les notions anatomiques régnantes sur la structure des séreuses, il est logique de supposer que la lésion pleurale joue un rôle important sinon prépondérant ou unique dans le retentissement ganglionnaire de la base du cou. Et en réalité il suffit de la moindre manifestation pleurale sèche du sommet pulmonaire pour produire l'adénite sus-claviculaire.

Par contre, bien des lésions des sommets, plus graves mais plus profondes existent sans concomitance de ces adénites.

Il n'y a pas à dire beaucoup plus sur cet épisode de la phtisie en lui-même. Mais il faut insister sur sa valeur diagnostique qui peut être de premier ordre.

C'est qu'en effet l'adénite sus-claviculaire à localisation pure, sans association avec d'autres adénites de voisinage, lorsqu'elle ne trouve pas sa cause palpable dans la région même, ou dans l'existence d'une tumeur maligne du sommet pulmonaire, doit, si minime qu'elle soit, faire songer de suite à la tuberculose, et dans presque tous les cas elle permettra d'affirmer cette dernière.

Il est clair que sa valeur est tout accessoire quand l'auscultation démontre nettement la phtisie du sommet sous-jacent. Mais cette valeur devient de premier ordre lorsque, malgré l'examen approfondi du poumon avec nos moyens actuels d'investigation, le médecin conserve des doutes.

Que de fois un sujet, par son état général, par les troubles variés qu'il présente depuis un certain temps, provoque le diagnostic de tuberculose probable ? Mais les symptômes locaux sont tellement vagues que le doute seul peut être mis en avant. Dans une foule de cas de ce genre, la présence d'un ou deux *grains de plomb* sus-claviculaires suffira à lever toutes les hésitations, et nous croyons que le médecin ne se trompera guère souvent en affirmant la tuberculose. Maintes fois nous avons, dans des cas très douteux à un premier examen, porté ce diagnostic dans de semblables conditions, et sa justesse a été prouvée par la suite des événements, par l'observation réitérée des phénomènes locaux et par l'étude de l'instabilité thermique des malades.

Cette adénite sus-claviculaire, véritable stigmate d'une attaque bacillaire de la plèvre du sommet, a encore une valeur diagnostique rétrospective de grande importance. Elle servira à établir la nature d'attaques antérieures d'origine tuberculeuse, attaques plus ou moins bénignes et que nous avons coutume d'appeler les avertissements de la phtisie.

Quantité de sujets, avant d'être vraiment arrêtés par la crise bacillaire qui force le diagnostic, ont subi, à quelques semaines, quelques mois, même quelques années de là, une attaque morbide mal définie, courte, bénigne, qui a *guéri toute seule*, que l'on a mise sur le compte d'un petit rhume, d'une petite bronchite, d'un embarras gastrique, d'une grippe quelconque : attaque morbide précédée souvent d'un état de malaise, d'affaiblissement inexpliqué ; attaque accompagnée parfois de quelque douleur thoracique, parfois de quelques expectorations, parfois aussi de quelques filets de sang dans les crachats ; le malade a tant soit peu dépéri, mais la convalescence a été très courte.

Trop souvent tout cela n'est que de la tuberculose *sous étiquette*. Et le médecin est appelé à poser le diagnostic rétrospectif lorsque le malade vient le trouver pour quelque chose de plus sérieux.

C'est alors que l'adénite sus-claviculaire vient en aide aux commémoratifs, et, grâce à un ou deux petits ganglions de la base du cou, qui fixeront l'attention de ce côté, le médecin pourra dépister à l'auscultation le siège de l'*épine tuberculeuse primitive* dans l'un des sommets pulmonaires.

Le médecin est souvent appelé à donner son avis sur l'état de santé de nombre d'enfants et surtout d'adolescents que l'ensemble de leurs caractères physiques nous force à ranger parmi les candidats à la phtisie. Ils sont malingres, ils ont eu une croissance brutale, leur thorax est ridicule, ils ne mangent point, leur délicatesse native a été jalousement entretenue par leurs parents. On nous raconte que ces enfants, malgré leur petite nature, n'ont en somme jamais été maladifs, mais les voyant toujours si délicats on a fini par s'inquiéter.

Faut-il les pousser aux études ?... Notre attention, nos craintes sont naturellement portées du côté des poumons. Nous auscultons avec soin, sans rien trouver ou simplement des dissonances, des irrégu-

Digitized by Google

larités respiratoires si légères qu'en conscience nous hésitons à jeter la perturbation dans l'esprit des parents en formulant un diagnostic qui comporte un pronostic bien grave. Mais l'examen de l'un ou des deux creux sus-claviculaires nous fait découvrir un ou plusieurs de ces *grains de plomb*, roulant sous le doigt. Ils sont à leur siège d'élection ; ils sont seuls. L'absence de ganglions cervicaux plus élevés leur donne toute leur valeur diagnostique. Nous ne devons pas hésiter, et nous devons déclarer que la tuberculose est sinon certaine, du moins très probable. Les petits ganglions sont les stigmates de l'épine tuberculeuse, qui, à un moment donné, a touché le sommet sous jacent. Pour l'instant tout est au grand calme, mais la colonie bacillaire est là qui attend le moment favorable pour reprendre de l'activité et donner lieu à une attaque qui alors s'imposera à tous comme étant de nature tuberculeuse.

Et comme il découlera de ce diagnostic précoce un conseil radical, un changement complet dans le genre de vie et d'éducation de ces enfants, nous aurons quelque chance d'arracher à la mort de nouvelles victimes.

L'adénite sus-claviculaire peut encore servir, de façon rétrospective, à trouver la localisation de la première *épine tuberculeuse* chez une foule de malades.

Il arrive bien souvent, en phtisie pulmonaire, que le côté malade, le plus malade, n'est pas le côté qui a été touché le premier. Un sommet légèrement touché a donné lieu à des incidents bénins variés, voire à des hémoptysies sérieuses, puis tout est rentré dans l'ordre, on n'a rien trouvé à l'auscultation et le malade ne s'en souvient que vaguement. A une époque ultérieure quelconque éclate une pleuro-pneumonie grave, ou une pleurésie franche, ou une attaque sérieuse de tuberculose vulgaire. Presque toujours la pleurésie se montre du côté de l'épine primitive. Et alors l'examen des espaces sus-claviculaires montrera bien souvent que cette pleurésie n'est qu'une crise aiguë d'une lésion antérieure du sommet, si bénigne, si ignorée qu'elle ait été.

Pour les pneumonies ou les pleuro-pneumonies, elles se montrent bien souvent du côté opposé à celui qui porte l'épine primitive. Si le diagnostic de nature est hésitant, si l'on ne trouve pas dans le creux sus-claviculaire correspondant l'adénite révélatrice, que l'on explore le côté opposé, et maintes fois on découvrira un ou deux petits grains de plomb qui sont restés là, comme les stigmates de l'épine tuberculeuse implantée à une époque antérieure dans le poumon opposé. La raison de ce fait est simple.

En général la première colonie bacillaire du sommet gauche par exemple, celle dont on ne parle plus, a été pleurale pure ou presque pure : d'où l'adénite sus claviculaire; tandis que la pneumonie actuelle du côté droit, bien plus grave, mais parenchymateuse, n'a pas donné lieu au retentissement ganglionnaire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les injections d'argent métallique en thérapeutique

Par M. Louis Rénon
Médecin de l'hôpital de la Pitié

A propos de la très intéressante communication de M. Netter dans la dernière séance de la Société médicale des Hôpitaux, sur l'emploi de l'argent colloïdal, je crois de mon devoir d'attirer l'attention sur des faits très curieux observés depuis 6 ans par M. Follet (de Paris).

M. Follet comptait faire une étude plus approfondie de ces faits et il avait réservé pour la thèse inaugurale de son fils, interne des hôpitaux, des recherches plus scientifiques (essais sur les animaux, examens des urines, etc.). Malheureusement, son fils ayant succombé au début de l'année, interne à la Pitié, M. Follet n'a pas eu le courage de poursuivre seul ses travaux dont je vais exposer les premiers résultats.

« En 1896, voulant faire un certain nombre de cultures sur pommes de terre, m'écrit M. Follet, je me servis de fils d'argent pour isoler le milieu de cultures des parois du tube de verre et je fus surpris de voir qu'aucune des cultures faites dans ces conditions ne donnait de résultats. D'autre part, ayant remarqué que les plaies suturées avec des fils d'argent se cicatrisaient plus rapidement que les autres, je fus amené à penser que l'asepsie des fils n'était pas la seule cause de cette cicatrisation plus rapide, mais que la présence de l'argent y jouait un rôle, en empêchant le développement des espèces microbiennes.

« Je commençai alors à saupoudrer les plaies de mauvaise nature avec de la poudre d'argent, et j'obtins des résultats très encourageants.

« Sur ces entrefaites, je trouvai la confirmation de mes remarques dans l'ouvrage de Strauss sur la tuberculose : Strauss dit, en effet, que les cultures de tuberculose ne se développent pas dans des vases d'argent.

« Je cherchai donc le moyen d'introduire de l'argent dans l'organisme, et je pensai aux injections de poudre d'argent en suspension dans un liquide quelconque.

« Désirant voir si cette introduction pouvait se

Digitized by Google

faire sans inconvénient, je me fis, à quelques jours d'intervalle, trois injections de sérum artificiel tenant en suspension de la poudre d'argent. »

Depuis 1898, M. Follet traite par les injections d'argent un grand nombre de malades atteints des affections les plus diverses, parmi lesquels plusieurs tuberculeux aigus et chroniques (diagnostic établi par l'examen bactériologique des crachats.) Aucun de ses malades n'a succombé. Au bout d'un traitement de quelques mois à un an, fait avec une ou deux injections par semaine, les malades ont augmenté considérablement de poids : chez les tuberculeux, la toux et l'expectoration ont graduellement disparu et la plupart sont considérés comme définitivement guéris.

La technique suivie par M. Follet est la suivante :

« Je fais chauffer dans une capsule du sérum artificiel auquel j'ajoute un gramme environ de poudre d'argent réduit, que je porphyrise dans un petit mortier *ad hoc*. Je l'ajoute ensuite à un mélange de sérum stérilisé et d'huile au gaïacol et à l'eucalyptol (sérum artificiel 60 grammes ; huile au gaïacol et à l'eucalyptol 10 grammes), et j'émulsionne le tout en me servant de la seringue à injection comme d'une pompe aspirante et foulante.

« La quantité entière du mélange est injectée chaque fois. J'emploie une aiguille à calibre un peu fort, et si, dans le cours de l'injection, elle vient à s'obstruer, j'aspire avec la seringue pour repousser ensuite le liquide de l'injection.

« Je répète en général ces injections deux fois par semaine, mais je pense qu'on pourrait les répéter beaucoup plus souvent. Je fais les injections intramusculaires ordinairement dans la région fessière : elles sont rarement douloureuses et ne causent pas plus d'induration que les autres injections. »

Tels sont les faits observés par M. Follet. Il fait remarquer lui-même que dans ses injections la présence de gaïacol et d'eucalyptol peut avoir une action utile, mais il pense que c'est à l'argent qu'on doit attribuer la plus grande part des résultats obtenus. D'ailleurs il a appris que M. Thomas-J. Mays traitait en 1901, avec succès, les tuberculeux au Bush Hospital de Philadelphie, par l'injection de solutions d'argent.

FORMULES

Formule pour faire absorber la viande crue :

Viande crue râpée.....	100 grammes
Sucre pulvérisé.....	40 —
Vin de Banyuls.....	20 —
Teinture de cannelle.	3 —

F. s. a. (Lallier)

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La nature et le traitement des cardiopathies de la ménopause

(Suite et fin.)

Par le Dr Ch. Fiessinger,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

3°. *Cardiopathies de la ménopause avec cœur sain et avec une lésion d'un autre appareil (Obésité, maladies utérines).*

Comme troubles cardiaques de la ménopause pouvant se produire, nous devons noter encore ceux qui coexistent avec un développement adipeux de tout l'organisme. Les malades engraissent d'une façon considérable. Cette forme est la troisième admise par Kisch, la première de l'auteur se rapportant aux cardiopathies avec hypertension, la seconde aux cardiopathies avec faiblesse cardiaque et pertes abondantes. Cette seconde forme comprenant les cardiopathies de la ménopause vraie avec troubles utérins (endométrite, cancer, etc.), nous ne l'avons pas rencontrée.

De la division de Kisch, nous retenons surtout celle qui englobe les cardiopathies avec tendance à l'obésité. M. Huchard en fait la quatrième classe de ses cardiopathies de la ménopause. Les autres sont : 1° la forme tachycardique ; 2° la forme artérielle ; 3° la forme névrosique ou réflexe. Notre malade précédente rassemblait sur sa personne ces trois formes, puisqu'elle avait de la tachycardie, était une nerveuse et montra de l'artério-sclérose par la suite.

Obs. VII. — *Femme de 48 ans. Ménopause. Tachycardie extrême. Obésité développée rapidement. Guérison.*

Mlle C..., 48 ans, très nerveuse, nous fait appeler en mars 1899. Elle est très oppressée depuis quelques semaines. Nous la trouvons fort engraissée, car nous ne l'avions pas vue depuis quelques mois. Elle nous apprend que ses règles retardent depuis plusieurs mois. Elles viennent huit, quinze jours, trois semaines en retard. En même temps la malade ne peut plus marcher tant elle est oppressée. Le cœur, en effet, bat très vite : 140 battements et ses battements sont tumultueux, mais réguliers. Le pouls est petit, rétracté. — Quelques râles humides aux bases du poumon. Pas d'œdème appréciable des membres inférieurs, les urines ne sont pas albumineuses. Nous ordonnons du lait, de la digitaline à faibles doses : 15 à 20 gouttes tous les 5 jours, le repos dans la chambre. Pas de viande, de vin, de café. Fin 1899, l'oppression est moindre, les battements du cœur sont moins violents. En 1900, les règles se suppriment complètement. En 1901, le pouls bat encore un peu rapidement : 80 à 90 pulsations, mais la malade a pu reprendre ses occupations, on n'entend plus qu'une légère accentuation du second bruit aortique. En 1902, sans que la malade ait maigri, le cœur va assez bien : un peu d'oppression persiste, mais, sauf un peu de faiblesse et quelques troubles dyspeptiques, la santé est bonne.

Digitized by Google

Les troubles cardiaques de cette malade peuvent être rapportés à une double cause : l'hypertension de la ménopause venant se greffer sur une obésité généralisée qui sans doute s'est étendue au cœur. De ces deux causes, la première, j'entends l'hypertension, semblait la plus active, puisque du jour où elle céda à la cessation des règles, l'oppression fut bien moins forte et que les occupations purent être reprises, bien que l'obésité persistât.

Nous ne reviendrons pas sur les signes des cardiopathies de la ménopause. Ils consistent en symptômes d'hypertension artérielle avec pouls tendu et vibrant (obs. V) ou au contraire petit et rétracté (obs. I et II); dans les maladies orificielles, l'aspect du pouls est commandé par la nature de la lésion (obs. IV).

Les signes d'insuffisance et de dilatation cardiaque ont été observés (obs. IV et V) avec retour à la santé, soit que la malade ait souffert simultanément d'une maladie valvulaire, soit qu'elle ait eu un cœur sain. En présence d'accidents cardiaques de la ménopause, et de leur gravité apparente, le praticien ne se hâtera donc pas de conclure à un pronostic fatal. Une femme très nerveuse aura chance de se remettre aisément (obs. VI) ; le praticien se tiendra davantage sur ses gardes si à l'hypertension se joignent déjà des lésions d'artério-sclérose (obs. III) ou si une maladie infectieuse, telle que la grippe (obs. I) ou si une malformation thoracique existent en même temps (obs. II). En pareil cas la mort est possible.

D'après nos observations, il semble que la pathogénie attribuée par M. Huchard à ces accidents est la vraie. Il s'agit d'hypertension artérielle. Clément songeait, lui, à une excitation du grand sympathique. Les deux causes peuvent fort bien être réunies, le même excitant portant à la fois son action sur le grand sympathique et produisant du spasme artériel. La notion d'hypertension comporte, elle, une très haute importance, car elle permet des applications thérapeutiques efficaces.

Au cours de cet article nous avons exposé les différents facteurs qui concourent à produire cette hypertension et les troubles consécutifs. Il était intéressant de rechercher si des accidents cardiaques de cet ordre survenaient dans les ménopauses artificielles, obtenues après intervention chirurgicale. Pinesse a écrit un travail intéressant sur la question (Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes, *Th. Paris*, 1894). Il note certains troubles circulatoires, des accidents congestifs, des bouffées de chaleur ; mais une seule des opérées aurait été traitée ultérieurement pour une maladie de cœur (pieds enflés, palpitations). Une autre serait tombée albuminurique à plusieurs reprises, l'état du cœur n'étant pas mentionné. Sur 124 sujets dont l'histoire ultérieure est rapportée, cette proportion est plutôt faible.

Elle s'accorde du reste assez avec ce que nous savons des troubles cardiaques dans la ménopause naturelle. La fréquence et surtout l'accentuation de ces troubles sont également rares, eu égard au grand nombre de femmes qui passent par le retour d'âge. Cette constatation nous permet de supposer que ce n'est pas la suppression seule de la fonction ovarienne qui vaut ces accidents, puisque sur un si grand nombre de femmes où cette fonction est supprimée, un si petit nombre seulement présentent des désordres cardiaques dépassant le stade de palpitations passagères avec guérison rapide. Ou bien faut-il admettre que chez certaines femmes la fonction ovarienne est troublée plus brusquement, que la sécrétion interne de l'ovaire s'arrête tout d'un coup et que ce sont ces femmes seules qui souffrent, tandis que les autres, chez qui la fonction ne s'éteint que doucement, échappent aux accidents? Chez aucune de nos malades les règles ne se sont arrêtées rapidement ; de longs mois d irrégularité avaient précédé la suppression complète et c'est pendant ces mois d'irrégularité qu'avaient commencé les désordres cardiaques.

Il faut donc, ce semble, chercher une autre interprétation ; laquelle? Une faiblesse particulière du système vaso-moteur, un degré de moindre résistance du cœur lui-même. Une de nos malades avait perdu une sœur d'une maladie de cœur (obs. V); l'hérédité pourrait-elle léguer une prédisposition d'atteinte ? Les renseignements familiaux sont négatifs pour les autres malades. Sans doute le système nerveux joue un grand rôle : mais quelle est la femme qui n'est pas nerveuse au retour d'âge ? Une autre raison est nécessaire : c'est sans doute une faiblesse native du système vaso-moteur et de la musculature cardiaque.

Traitement. — Il est très simple. L'hypertension artérielle étant la grande coupable, il faut desserrer les freins vasculaires (Huchard) : régime lacté, régime lacto-végétarien, ovarine (0.30 à 0,40 par jour) bien que l'ovarine, peut-être employée trop tard, ne nous ait fourni aucun résultat. De la digitaline cristallisée (solution de Nativelle au 1/1000 — 10 gouttes 3 à 4 jours de suite, interrompre une huitaine et reprendre), de faibles doses d'iodure (0.25 d'iodure de potassium ou de sodium, de la caféine (injections sous-cutanées de 0,25 dans les cas d'urgence, 3 à 4 fois par jour) rempliront les indications thérapeutiques essentielles. Parfois la dilatation cardiaque sera si prononcée, la circulation sera si difficile qu'il ne faudra pas craindre d'alléger la circulation de sa stase veineuse en recourant à des émissions sanguines. L'application de ventouses scarifiées sur le

Digitized by Google

foie, la pratique d'une saignée rendront en pareil cas des services que nulle autre médication ne sera capable de remplacer.

Conclusions.— Dans les cardiopathies de la ménopause, on distinguera trois types : 1° *les cardiopathies aggravées par la ménopause;* elles peuvent guérir, débarrassant la maladie de ce qui est le fait de la ménopause et la laissant à peu près dans l'état lésional où elle était auparavant ; ou bien elles sont mortelles, le cœur déjà faible n'ayant pas la force de résister à l'assaut que lui livre la ménopause ; 2° *les cardiopathies de la ménopause vraies avec cœur sain et sans lésion d'un autre appareil* ; la guérison est complète ; néanmoins au bout d'un certain nombre d'années peuvent se produire des accidents d'artério-sclérose (cardio et néphro-sclérose) ; 3° *les cardiopathies de la ménopause avec cœur sain et avec lésion d'un autre appareil (obésité, maladies utérines).*

Cette troisième forme semble la plus rare ; nous n'avons recueilli qu'un exemple de cette forme (obésité). La pathogénie semble celle invoquée par M. Huchard. Il s'agit de phénomènes d'hypertension artérielle, celle ci pouvant être le résultat de causes diverses : la pléthore sanguine, l'excitabilité nerveuse accrue. la suppression de la sécrétion hypotensive de l'ovaire, la rétention dans le sang de principes toxiques à action vaso-constrictive, qui étaient préalablement éliminés par la perte mensuelle. La fréquence de ces accidents n'étant pas très répandue et toutes les femmes au retour d'âge présentant les mêmes causes d'hypertension, pour rendre compte des troubles cardiaques, il convient sans doute de tenir compte d'autres éléments, plus particuliers à certains organismes : l'état d'excitabilité particulière du système vaso-moteur et une certaine faiblesse de la musculature cardiaque.

Le pronostic est souvent favorable. Si la femme est en période d'irrégularité menstruelle et à l'âge de la ménopause, s'il est établi que les troubles menstruels sont bien le fait de la ménopause et non de la lésion cardiaque elle même, car on connaît les métrorrhagies qui résultent d'une rupture de la compensation circulatoire chez les cardiaques, si l'action de la ménopause apparaît hors de doute, le praticien ne s'empressera pas de conclure, malgré la gravité apparente, à l'incurabilité et à une issue fatale prochaine.

Le traitement consistera dans l'emploi de la médication hypotensive (régime lacto-végétarien, ovarine, théobromine, digitaline à doses sédatives, faibles doses d'iodure, saignée ou caféine dans les cas d'urgence.

Clinique des Hôpitaux

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Darier

Le chancre syphilitique et quelques accidents secondaires

La syphilis est contagieuse par le chancre, les accidents secondaires, le vaccin, le sang à la poussée d'accidents. La salive en l'absence de plaques muqueuses, les larmes, le lait, le sperme ne semblent pas aptes à transmettre la maladie. Quant aux accidents tertiaires, leur puissance de contagion n'existe d'ordinaire pas ; quand elle est mise en suspicion, il s'agit d'accidents d'un autre ordre : des accidents secondaires tardifs, des plaques muqueuses contagieuses, comme M. Darier en a observé après un intervalle de 7 à 8 ans, et comme d'autres auteurs en ont montré des exemples après 15 et 20 ans.

Au point où se fait l'inoculation, il se produit une légère érosion de l'épiderme ; nul besoin qu'elle soit étendue, une éraillure imperceptible suffit. L'érosion siège dans la majorité des cas aux organes génitaux ; dans 6 à 7 0/0 des cas, elle occupe une place extra-génitale.

On connaît la période d'incubation du mal : une moyenne de 25 jours traduit cette durée ; ce chiffre peut être réduit à 12 ou 15 jours, et dépasser ce terme. M. Darier l'a vu reculer jusqu'à 65 jours. Les deux à trois premiers jours, les praticiens auraient tort, dans l'érosion superficielle qui constitue le chancre, de vouloir chercher des caractères spéciaux. C'est une érosion quelconque, banale, et l'induration fait défaut. Au bout de 3 à 4 jours seulement, la forme spéciale se dessine. Elle est classique. Il s'agit d'une lésion petite, d'une érosion plutôt que d'une ulcération, à forme ronde, ovalaire, circonscrite, à bords réguliers ; le fond en est lisse, plan, de coloration rouge vif ou rosé, non papillomateux, non végétants ; les bords ne sont pas surélevés, une falaise à pic ne délimite pas les frontières de l'érosion et de la peau saine. Les deux derniers caractères sont d'abord l'induration, qui, se montrant au bout du 4e jour, survit à la guérison et peut se prolonger pendant des mois, soit qu'elle reste ou papyracée, ou nodulaire ; le bubon satellite représente le dernier signe. Cette adénopathie se compose de plusieurs ganglions petits, durs, roulants, dont l'un est souvent plus volumineux ; ces ganglions se montrent dès la première semaine et persistent après la guérison du chancre. Ils peuvent manquer dans des cas exceptionnels. M. Darier les a vus manquer dans un cas, Fournier dans trois cas.

M. Darier montre plusieurs malades atteints de chancres extra-génitaux. A la lèvre les caractères en sont modifiés ; telle une jeune femme récemment

Digitized by Google

mariée qui montre à la lèvre inférieure un chancre sous forme d'ulcération étendue, douloureuse, couverte d'une sécrétion croûteuse. On pourrait songer à un cancroïde, n'était le jeune âge de la malade (19 ans), la rapidité d'évolution (cela date d'un mois) et les bords nettement orbiculaires de la lésion. A remarquer que les bubons qui accompagnent de pareilles lésions suppurent souvent, les infections secondaires étant plus fréquentes.

Un autre malade, âgé de 65 ans, montre deux chancres du menton, sous forme de plaies ulcéreuses, croûteuses, végétantes. Ces deux chancres durent depuis 6 semaines. Y a-t-il eu inoculation de l'un à l'autre ? On sait que le liquide du chancre n'est pas inoculable. Une exception peut être faite en faveur du chancre quand il est très jeune ; on cite un exemple d'auto-inoculation en pareil cas. Mais là n'est pas la raison de ces exemples assez fréquents de chancres successifs. On en a cité jusqu'à 3, 4, 5, qui se montrent à 10, 15 jours d'intervalle. La raison de ces apparitions de chancres ne tient surtout qu'aux périodes d'incubation diverses. Tantôt cette période est de 25 jours, tantôt moins, tantôt plus. L'incubation est différente pour les deux manifestations primaires et secondaire de la syphilis. On pourrait encore admettre un contact infectant s'opérant à deux reprises, à quelques jours d'intervalle. Cela n'est pas impossible.

Après la première manifestation de la syphilis, après l'érosion chancreuse qui se montre le 25e jour, prend place une seconde période d'incubation, celle qui précède l'explosion des accidents secondaires. Elle apparaît vers le 45e jour après le début du chancre. Chez ce vieillard atteint de chancres du menton, elle est en pleine efflorescence. Une éruption érythémato-papuleuse profuse, disséminée, couvre son corps. A remarquer chez ce vieillard le peu d'importance de l'adénopathie ; c'est à peine si on découvre un ganglion sous-maxillaire très petit. L'effacement de cette adénopathie chancreuse chez les vieillards a frappé nombre d'observateurs : elle indique sans doute protection moindre contre l'infection par les voies lymphatiques. Les jeunes sujets au contraire présentent une adénopathie très volumineuse ; chez eux la défense lymphatique s'accomplit avec énergie. On sait du reste la gravité de l'intoxication syphilitique chez le vieillard, et l'état de dépérissement et de cachexie qu'elle entraîne.

Qu'un malade en puissance de syphilis prenne une plaie suite d'un traumatisme, qu'adviendra-t-il de celle-ci ? Nombre d'auteurs estiment qu'elle évoluera comme d'habitude. M. Darier présente un homme atteint d'une syphilide maculeuse à forme ortiée ; depuis quelques semaines, il souffre d'une plaie superficielle au genou. Cette plaie ne guérit pas. Elle s'est en outre entourée de placards congestifs à surfaces squameuses qui font ressembler ceux-ci à des syphilides psoriasiformes. Ici on ne peut manquer d'accuser la syphilis d'un retard manifeste dans la cicatrisation.

Un accident secondaire de la syphilis qui ne saurait trop attirer l'attention parce qu'il est révélateur du mal, est une alopécie toute spéciale. Elle consiste en un éclaircissement des cheveux, une alopécie en clairières, comme on l'a appelée. Chez un malade de M. Darier, cette alopécie était le seul signe de syphilis. En l'absence d'autres stigmates, on hésita sur le diagnostic, et le traitement spécifique ne fut pas institué. Quelques années plus tard survint de l'aphasie et une paralysie générale. Ce malade était un syphilitique chez qui le début du mal avait passé inaperçu ; le nombre de syphilis ignorées est plus grand qu'on ne s'imagine.

Le malade actuel que présente M. Darier outre l'alopécie en clairières montre une syphilide pigmentaire du cou. Les deux manifestations sont d'habitude associées.

Quant au traitement, certes il y aurait avantage à l'entreprendre dès l'accident initial. Il y aurait chance d'atténuer les accidents secondaires et d'entraver la gravité du mal. Cependant une règle s'impose : ne pas se presser. Il faut avant tout poser un diagnostic ferme. Si l'on n'est pas sûr, mieux vaut attendre. La poussée des accidents secondaires viendra éclairer le diagnostic. Il est par trop pénible pour un malade et aussi son médecin de demeurer dans l'incertitude. Etait-ce un chancre ? Est-ce le traitement qui a empêché l'éclosion des accidents secondaires ? Ce traitement, convient-il de le continuer ? Vaut-il mieux s'abstenir ? Toutes questions de haute importance et qu'il sera impossible de résoudre si le diagnostic primitif n'a pas été établi sur des caractères tellement irréfragables qu'ils forcent la conviction.

Formulaire du Praticien

Le rhumatisme articulaire aigu

Il n'existe qu'un traitement du rhumatisme articulaire aigu : l'emploi des corps salicylés. Ils abattent la fièvre et calment les douleurs ; ce sont des agents spécifiques. Le plus communément employé est le salicylate de soude. M. Combemale (de Lille), préfère l'aspirine qui est de l'acide acétyl-salicylique.

L'essentiel est de donner le remède tout de suite, de l'administrer pendant la nuit aussi bien que dans le jour, de le continuer au moins une semaine après la disparition des douleurs.

Digitized by Google

La dose de salicylate de soude sera de 6 gr. chez un adulte, de 4 gr. pour l'aspirine.

On prescrira :

Salicylate de soude ..... 2 grammes
P. 1 paquet. F. paq. n° 30.
Un paquet le matin, l'après-midi et dans la nuit.

M. Huchard a grandement insisté sur cette nécessité d'administrer le salicylate de soude dans la nuit en vue d'éviter les complications cardiaques.

Chaque paquet sera pris dans une infusion de feuilles de frêne, édulcorée avec 1 à 2 cuillerées à soupe de sirop des cinq racines, lequel jouit de propriétés diurétiques. Le malade aura soin d'avaler son infusion lentement, de manière à répartir l'absorption de salicylate sur toute la matinée pour l'infusion du matin, sur toute l'après-midi pour l'infusion de l'après-midi et dans le cours de la nuit pour l'infusion nocturne. Le salicylate s'élimine en effet rapidement; les doses doivent être renouvelées pour exercer leur effet.

Quant à l'aspirine, on formulera :

Aspirine ..... 6 grammes
En six cachets ; un toutes les 3 heures. (Combemale)

On pourra encore ordonner le salicylate de soude en potion :

Salicylate de soude ..... 16 gr. 50
Sirop de framboises ..... 300 grammes
Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures, le jour.

A partir de 10 heures du soir jusqu'à 8 heures du matin, toutes les 3 heures. Cela fait 11 cuillerées dans les 24 heures, chaque cuillérée contient 0,55 de principe actif.

On pourra, en plus, employer les enveloppements de salicylate de méthyle :

Salicylate de méthyle..... } ãã 10 grammes
Chloroforme..... }
Baume Tranquille..... 60 —
Usage externe.

En imbiber 4 doubles de flanelle. Envelopper les jointures les plus dou oureuses. Entourer de taffetas gommé. Le médecin qui prescrira le salicylate de méthyle pourra réduire un peu la dose de salicylate de soude à l intérieur (4 gr. ou 5 gr. au lieu de 6 gr.).

En place du salicylate de méthyle, on a dernièrement préconisé un nouveau produit salicylé extrait de la reine des prés, l'ulmarène que M. Huchard a employé dans son service avec succès. L'ulmarène s'emploie de la même façon que le salicylate de méthyle.

On peut prescrire :

Ulmarène ..... 15 grammes
Lanoline ..... 40 —
Usage externe.

Onctions matin et soir suivies d'un enveloppement ouaté.

En tant que régime diététique, le malade gardera le repos au lit, boira du lait et des tisanes diurétiques. Quelques potages légers seront autorisés les jours suivants.

Quand les douleurs auront disparu, le salicylate sera continué aux doses de 3 gr. encore 5 jours et de 2 gr. les 5 jours suivants. Au moindre retour douloureux, la dose initiale sera reprise.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Incompatibilité du calomel avec le chlorhydrate de cocaïne. — En dissolvant le chlorhydrate de cocaïne dans un peu d'eau et en mettant une goutte de cette solution en contact du calomel, celui-ci prend une coloration gris ardoisé due au mercure métallique mis en liberté.

Certains médecins prescrivent de temps à autre des pommades contenant du chlorhydrate de cocaïne et du calomel ou du précipité blanc; pour éviter la coloration gris ardoisé qui se forme, M. Marcel Jean (*Union pharmaceutique*, 15 juillet 1902) conseille de mélanger d'abord le calomel avec le corps gras et de n'ajouter qu'ensuite la solution cocaïnique ; de cette façon la réduction du calomel n'a pas lieu immédiatement, attendu que chaque particule de calomel se trouve enveloppée de vaseline et est ainsi protégée contre l'action du chlorhydrate de cocaïne.

L'aspirine. — Ce nouveau médicament continue d'être prescrit avec succès. Nous en avons déjà parlé (*Journal des Praticiens*, 1901, n° 51). Le remède trouve ses indications dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, le rhumatisme musculaire, la sciatique, la névralgie faciale d'origine rhumatismale, la pleurésie sèche ou exsudative. La dose est de 2 gr. à 3 gr. par jour et en cachet de 0,50. M. le Dr Genglaire se loue, en outre, fort de l'aspirine dans le traitement de la grippe (*Th. de Paris*. 1902). Elle dissipe rapidement le malaise général, la courbature, les douleurs articulaires. Elle ne provoque ni gastralgie, ni bourdonnements d'oreille, ni éruption urticariée. C'est dire que l'aspirine n'a point les inconvénients du salicylate de soude, non plus que de l'antipyrine. Que le remède, en cachets, amène une sensation de constriction épigastrique, M. Genglaire conseille l'aspirine en solution dans une tasse d'infusion de thé ou de tilleul. Du coup les malaises sont supprimés. La formule en pareil cas était : aspirine, 1 gr. ; sucre de lait, 4 gr., à répéter trois fois par jour avant les repas.

Topique contre les cors (Brocq) :

Acide salicylique..... 1 gramme
Extrait alcoolique de cannabis indica.. 0 gr. 50
Alcool à 90° ..... 1 gramme
Ether à 62° ..... 2 gr. 50
Collodion élastique ..... 5 grammes

Appliquer tous les soirs une couche pendant huit jours.

Le huitième jour, prendre un bain chaud et prolongé dans lequel on enlèvera, avec les ongles ou avec un grattoir, la masse du collodion qui entraînera avec elle la plus grande partie, sinon la totalité du cor. Recommencer s'il est nécessaire.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La prêle, plante hémostatique et diurétique. — On lit récemment dans un journal (*Sem. Méd.*, 17 décembre 1902), que le Dr Ivan Pouchkine a reconnu à la prêle des champs (*equisetum arvense*) des « propriétés hémostatiques très marquées ». Il emploie la poudre de la plante sèche à la dose d'une cuillerée à soupe dans une tasse d'eau chaude et administre cette infusion après l'avoir décantée. Cette médication réussit, dit-il, contre l'épistaxis, l'hémoptysie, les métrorrhagies, les hémorragies hémorrhoïdaires. Cette action est réelle, mais on a tort de la présenter comme une nouveauté, et d'en attribuer la connaissance au médecin russe.

Cette plante est intéressante à des points de vue divers. Appartenant au genre des plantes cryptogames, placée par Linné dans les fougères, elle fait partie de la famille des équisétacées, végétaux qui ont habité la surface primitive du globe, disent Mérat et de Lens, puisqu'on en retrouve des traces dans les houilles. Son nom veut dire *queue de cheval* (ou queue de renard), parce que cette plante en représente grossièrement la forme.

Elle croît dans les lieux stériles, froids, aquatiques, humides, sablonneux, dans les fossés, le long des haies. C'est un des fléaux de l'agriculture, dit F. J. Cazin, et comme à cette plante on a attribué des vertus emménagogues, elle a été accusée de provoquer l'avortement des animaux lorsqu'elle est mêlée en trop grande quantité dans leur fourrage.

On reconnaît plusieurs espèces de prêles : celle des champs (*equisetum arvense*); celle d'hiver (*equisetum hiemale*); celle des marais (*equisetum limosum*); celle des bois (*equisetum sylvaticum*); celle des cours d'eau (*equisetum fluviatile*. Aux Antilles, une variété (*equisetum giganteum*) a été employée contre la diarrhée et la gonorrhée.

Dans son étude sur les plantes usuelles, Roques rappelle que Gattenhoff « a été autrefois témoin de ses bons effets dans l'hémoptysie rebelle », (*in hæmoptysi chronica probos effectus ipse novi*), ce qui prouve que cette action hémostatique était connue bien avant l'auteur russe cité dernièrement. Cette plante a été encore recommandée par Hoffmann dans le traitement de la néphrite calculeuse. Enfin, Cazin dans son excellent « Traité des plantes médicales » rappelle qu'on l'a prescrite dans l'hydropisie, la gravelle, *l'hémoptysie*, *l'hématurie* et « *autres hémorragies* ». Il faut décidément perdre l'habitude de regarder comme nouveau ce qui a été oublié.

La prêle (et surtout les variétés *equisetum hiemale* *equisetum limosum*) a été recommandée, dès 1827, par Lenhossek (de Vienne), comme l'un des plus puissants diurétiques, et je l'ai employée à ce titre avec quelque succès, quoique cette puissance diurétique ne soit pas aussi grande qu'on l'a dit. Il est préférable d'avoir recours à la plante sèche, dans le but d'éviter l'irritation des voies digestives. La poudre et la décoction réussissent également bien (8 à 15 gr. par litre) : une à deux cuillerées de cette décoction aux enfants, 100 à 200 gr. aux adultes toutes les deux heures (Cazin).

Pour être complet, ajoutons qu'autrefois en Italie et surtout en Toscane, le peuple mangeait les jeunes pousses de prêle en guise d'asperges.

En résumé, action hémostatique probable, action diurétique réelle de la tisane de prêle. Les praticiens ont intérêt à connaître les plantes usuelles possédant des propriétés diurétiques, ce que nous nous efforcerons d'étudier. — H. Huchard.

Traitement de la malaria par les injections hypodermiques de Liqueur de Fowler. — Depuis longtemps on connaît les bons effets de la médication arsenicale dans les fièvres palustres. M. Gautier a vanté cette année à l'Académie et dans le même but l'emploi de l'arrhénal (n° 18). La Liqueur de Fowler fournit des résultats bien moins discutés. On peut l'utiliser par la voie buccale ou bien en injections sous-cutanées. Quand on injecte la Liqueur de Fowler sous la peau, il est plus prudent, pour éviter la douleur, de remplacer l'alcoolat de mélisse qu'elle contient, par de l'eau de laurier cerise. M. le Dr Quenu et M. Couvy ont retiré des résultats merveilleux de l'administration hypodermique du remède (*Ann. Hygiène et Médec. colon.*, oct., nov. 1902). Ils en usaient en remplaçant l'eau stérilisée de la solution par une solution d'antipyrine à 1/10. Le remède n'était injecté sous la peau qu'après inefficacité établie de la médication quinique et de la Liqueur de Fowler elle-même, celle-ci ayant été préalablement absorbée par la bouche.

Les auteurs n'eurent en général pas besoin de faire plus de 3 injections de 6, 7, 8 gouttes de Liqueur de Fowler. La défervescence s'opérait brusquement sous l'action de cette faible dose et se maintenait ensuite, tandis que les malades témoins, soumis à la médication quinique, donnée suivant toutes les méthodes connues, avaient leur accès quotidien pendant 6, 8, 10 et 12 jours.

La paroi abdominale était le lieu d'élection de

Digitized by Google

l'injection, les précautions d'asepsie et d'antisepsie ayant été rigoureusement prises. Une douleur très légère était ressentie par le patient pendant 5 minutes environ et la défervescence avait lieu 5 à 6 heures après. La plupart du temps, une seule injection suffisait. Le nombre de 4 injections ne fut jamais atteint et les récidives ne se produisirent pas. La dose de Liqueur de Fowler était augmentée de 1 goutte à chaque injection nouvelle.

Voilà des résultats bien encourageants. Il sera aisé de vérifier s'ils se poursuivront d'une manière aussi heureuse dans d'autres mains. Les doses prescrites par les auteurs sont très faibles. Dans d'autres maladies (leucémie) et alors que le remède à hautes doses était mal toléré à l'intérieur, il nous est arrivé d'user progressivement de quantités bien plus considérables par voie hypodermique (20 gouttes matin et soir). — Les malades, sauf la légère douleur liée à l'injection, s'en trouvaient fort bien.

CLINIQUE MÉDICALE

Masses de cheveux formant corps étrangers dans l'estomac. — La liste des corps étrangers de l'estomac citée par les classiques satisfait en général les imaginations les plus difficiles, et les cas de fourchette, de couteau, de dominos et même de certaine flûte retrouvés dans le complaisant viscère ont singulièrement épuisé l'intérêt de la question.

Qu'il nous soit permis néanmoins de rappeler l'attention sur des corps étrangers beaucoup plus modestes et par conséquent beaucoup moins connus et qui cependant donnent lieu à de graves accidents et sont par conséquent justifiables d'une intervention.

Nous voulons parler des masses de cheveux et de trousseaux fibreux divers pouvant former dans l'estomac des tumeurs vraiment énormes.

En réalité ces tumeurs ne sont peu connues qu'en France, car, ainsi que l'a remarqué Cathelin (*Société anatom.*, 1 janv. 1902) c'est presque uniquement dans les littératures anglaise et allemande que ces corps étrangers sont décrits.

Une personne, presque toujours une jeune fille a la « manie obsédante » autant qu'inconsciente d'avaler des cheveux, lorsqu'elle saisit ses tresses entre ses dents soit pour les peigner, soit pour passer son impatience, soit pour toute autre raison du ressort de la psychologie. Quelques malades plus originales avalent les cheveux de leurs enfants (*Gull Trans. Cl. Soc.*, IV p. 183). D'autres enfin préfèrent le coton ou des fibres de noix de coco. Tout cela est affaire de goût et d'un goût, semble t-il, assez répandu dans la nature puisque on conte que les angoras se plaisent à avaler les poils de leur propre fourrure et en meurent.

Quoi qu'il en soit la jeune fille devient femme et les cheveux qui s'amassent dans l'estomac forment une tumeur de volume croissant. Peu à peu les digestions sont pénibles, il y a de temps à autre des vomissements d'ailleurs sans caractères spéciaux, et la malade devient en proie à des tiraillements épigastriques permanents.

C'est alors que celle-ci s'adresse en général au médecin. On devine quel est l'embarras du praticien. Les cas de tumeurs pileuses de l'estomac sont en somme rares. Fenwick qui dans le *British Med. Journ.* passe en revue à peu près tous les cas connus n'en relève que 24.

Et pourtant le diagnostic doit être fait, car si on abandonne la malade à elle-même, elle continuera à avaler des cheveux. Le corps étranger grossira au point d'atteindre dans certains cas le poids de plusieurs livres; les troubles gastriques deviennent intolérables, il y aura une constipation et des vomissements irréductibles et la fin de tous ces accidents sera malheureusement la mort par hématémèse et perforation gastrique. C'est ainsi que Fenwick (*loc. cit.*) signale que sur les 24 cas observés 22 ont eu une issue fatale. Deux seulement ont été guéris par une laparotomie faite à temps.

Il importe donc au premier chef de faire le diagnostic de cette singulière affection.

Le plus souvent en pareil cas on songe à un rein mobile, à une grosse rate, à un ulcère ou à un cancer de l'estomac. On s'appuiera surtout pour dépister la tumeur sur sa situation presque médiane sur sa matité étendue, sa consistance plutôt assez mollasse, sa mobilité relative, sur l'absence de cachexie et surtout sur ce fait que la malade est une femme et souvent une hystérique.

La conduite à tenir sera des plus simples. Avant tout on coupera court aux ingestions de cheveux par une surveillance de tous les instants. Si les troubles généraux sont peu accentués on *attendra* en se gardant bien de donner des vomitifs aussi inutiles que dangereux en pareils cas. Les accidents sont-ils au contraire menaçants, c'est la laparotomie qui s'impose. En deux mots ne rien faire si l'on arrive à temps; faire une gastrotomie si l'on arrive trop tard. — C. A.

CHIRURGIE D'URGENCE

Des fractures bimalléolaires par abduction ouvertes avec issue des fragments. — L'abduction forcée du pied détermine au niveau de l'articulation tibio-tarsienne des lésions à la fois osseuses et articulaires qui peuvent être d'une extrême gravité.

Digitized by Google

L'astragale en effet dont la tête est portée en dehors dans les mouvements d'abduction, tire sur le ligament interne tibio astragalien ; ce ligament résiste ; la malléole interne est arrachée. La déviation en dehors se complète ; l'astragale bute contre la malléole péronière et tend à l'écarter du tibia. Les ligaments tibio-péroniers inférieurs distendus par la pression astragalienne, arrachent une portion de l'épiphyse tibiale. Le péroné peut dès lors s'éloigner du tibia, la mortaise est disjointe, l'astragale est subluxée. Mais si le péroné peut s'éloigner du tibia, il n'y arrive qu'à condition de se rompre. La rupture s'effectue 5 à 6 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure. Ce n'est pas tout. En conséquence du tiraillement qu'apporte l'abduction compliquée de subluxation, la peau de la face interne du cou-de-pied est fortement tendue. C'est une cause aisée de rupture cutanée. Celle-ci est d'autant plus à craindre que le segment supérieur de la malléole interne fracturée forme une arête vive sur laquelle se sectionnent les tissus superficiels. Une large plaie interne apparaît. Libéré de ses rapports ligamenteux avec le péroné et l'astragale, le tibia vient faire issue par la plaie et en déchire les bords.

L'accident est grave ; il n'est point rare. M. Tillaux en a présenté dernièrement un intéressant exemple (Clinique de la Charité).

Il s'agissait d'une femme de 50 ans environ, entrée depuis quelques jours à l'hôpital et présentant une vaste plaie de la face interne du cou-de-pied, avec subluxation du pied en dehors. Un confrère avait réduit partiellement la fracture. La malade affirme qu'avant cette première intervention le tibia sortait de la plaie. Dès son entrée on fit un lavage soigné de la région ; une attelle plâtrée postérieure fut appliquée et maintenue par des tours de diachylon. On fit des pansements humides, la température fut prise soigneusement. Les complications toutefois ne tardèrent pas. De vives douleurs se firent sentir dans le foyer. De la rougeur fit son apparition sur les bords de la plaie ; le gonflement devint plus intense. La température monta, oscillant entre 30 et 40°. La plaie sécrétait un pus fétide. Il n'était pas douteux que la malade commençait un phlegmon profond au niveau de son foyer de fracture. L'indication était formelle, il fallait élargir, nettoyer et drainer cette plaie. M. Tillaux n'hésita pas. Il saisit le pied et le subluxa, de manière à faire saillir au dehors le fragment qui avait fait issue tout d'abord. Il s'agissait de se renseigner sur l'état du tissu osseux, et d'en assurer l'asepsie. La malléole interne, en dépit des prévisions, n'était pas fracturée : M. Tillaux n'a jamais rencontré de fait semblable avec intégrité de la malléole ; seul le ligament interne était rompu, c'était la malléole elle-même qui avait perforé les téguments. La conduite à tenir semblait s'imposer : le plateau tibial et la malléole interne furent réséqués à 1 centimètre au-dessus de l'articulation, pour faciliter le drainage. Une contre-ouverture fut pratiquée au-dessous de la malléole externe, un drain réunit les deux plaies en transfixant l'articulation. Après un soigneux lavage à l'eau oxygénée, le pied fut replacé en angle droit et deux attelles plâtrées le maintinrent en bonne position. Nous dirons tout à l'heure comment étaient taillées ces attelles. En dépit des apparences qui la semblent commander, l'intervention pratiquée par M. Tillaux n'est pas admise par tous les chirurgiens. Gangolphe entre autres repousse toute résection malléolaire. « Enlevez une lamelle du plateau tibial seul, malléole exceptée, ou mieux encore supprimez l'astragale, quel que soit son état (*Opérations d'urgence*). » Cette résection de l'astragale offre un double avantage, elle facilite le drainage, ne gêne pas le fonctionnement ultérieur du pied. Gangolphe fait jouer à la persistance de la mortaise tibio-péronière une telle importance, qu'il pratiqua dans un exemple qui ne se distinguait du cas précédent que par une fracture de la malléole interne, une suture métallique de la malléole. Le résultat fut excellent, le rétablissement des fonctions parfait. Quant à l'immobilisation du pied après l'opération, M. Tillaux la réalise à l'aide d'attelles plâtrées. La première couvre la face postérieure du membre. De 13 centimètres environ de large, elle s'étend de la pointe du pied qu'elle dépasse de façon à protéger les orteils contre les frottements des draps, jusqu'à deux travers de main au-dessus du pli poplité. La deuxième attelle est plus étroite, mais double de longueur ; elle est appliquée latéralement des deux côtés et forme sous le talon un véritable étrier. Ces deux attelles plâtrées sont moulées sur le membre par une bande de toile. Bien entendu entre le plâtre et la peau nous ne manquerons pas d'interposer un journal pour empêcher leur accolement.

La surveillance ultérieure sera assidue, les lavages de la plaie seront fréquents et soigneux, on prendra la température. Les accidents s'aggravent-ils ? L'infection semble-t-elle se propager ? La nécessité d'une amputation devra être discutée. Cette dernière éventualité peut être heureusement évitée dans de nombreux cas. — N. F.

CHIRURGIE JOURNALIÈRE

Procédé nouveau de cure d'ongle incarné. — 1° Etreindre le gros orteil à sa racine avec un tube en caoutchouc qui va en 8 de chiffre se nouer derrière l'extrémité inférieure de la jambe ;

2° Faire une ou deux injections de 1 cc. de ch. de cocaïne à 1/100 ;

Digitized by Google

3° Inciser, sur la ligne médiane, le repli cutané sus unguéal de 1/2 cm. ;

4° Introduire vigoureusement une spatule entre le lit de l'ongle et son corps en passant par son extrémité libre. En combinant la torsion à la traction arracher l'ongle ;

5° Enfin détruire la matrice de l'ongle avec le thermo-cautère porté au rouge sombre, en ayant soin de bien promener la lame du thermo dans la rainure sus-unguéale. — Pansement iodoformé. — Au bout de huit jours la cicatrisation est faite. Ce procédé que j'emploie depuis 4 ans ne m'a jamais donné de récidive.

Cette méthode, je crois, est supérieure au procédé de Follin qui laisse une plaie devant guérir par bourgeonnement ce qui demande au moins trois à cinq semaines. Il semble aussi supérieur à ceux de Guyon et Th. Auger qui a cherché à combler immédiatement, par un lambeau, la perte de substance obtenue par le procédé prérédent. Tout cela est minutieux, long, et n'est pas exempt de récidive. On peut en dire autant du procédé de Quenu (arrachement complet de la lunule unguéale et réunion). — Dr O. Deraucourt, *lauréat de la Faculté de Médecine*, Saint Paul (Ile de la Réunion).

MÉDECINE JOURNALIÈRE

Les bains médicamenteux. — A l'état physiologique, une double barrière protége la peau contre l'action des agents extérieurs : 1° l'épiderme ; 2° l'enduit graisseux produit par les glandes sébacées. En sorte que les substances médicamenteuses courent chance de glisser sur cette surface et de ne pas pénétrer. L'absorption ne se fait pas après un bain isolé, elle est toutefois possible après une série de bains répétés, l'épiderme finissant par s'imbiber d'eau et des substances qu'elle contient. C'est ainsi que M. Garrigou a observé qu'à la suite d'une cure de bains salés, les malades conservent pendant longtemps des urines très riches en chlorures ; c'est ainsi, encore, que M. Aubert a pu démontrer l'absorption de l'atropine et de la pilocarpine par la peau.

M. le Dr André Tansard vient de reprendre cette étude et lui consacre des pages intéressantes (Paris, Vigot frères, édit., 1902). Il est un certain nombre de moyens qui facilitent l'absorption des substances médicamenteuses par la peau : le savonnage qui débarrasse l'épiderme de son enduit sébacé et diminue l'adhérence des différentes couches de l'épiderme, de manière à permettre leur glissement l'une sur l'autre et à activer leur pouvoir d'absorption. Le bain électrique (machine galvanique, 20 milliampères) favorise également la pénétration médicamenteuse.

Le bain tiède de 32° à 34° est celui qui convient le mieux à la plupart des dermatoses. Les malades y restent d'une demi-heure à 2 heures. Hébra a même donné des bains de 8 à 10 heures et au-dessus.

On peut prescrire des bains émollients dans les cas de dermatose aiguë à son début (Leslie).

I. *Bains émollients :*

1° *Bain de son.* 1 à 2 kilog. de son pour un bain ;

2° *Bain d'amidon.* Amidon, 500 gr., eau 1000 gr. que l'on ajoutera à l'eau du bain :

3° *Bain de gélatine.* On mêlera à l'eau du bain 2 livres de gélatine ;

4° *Bain émollient de Cazenave :*

Espèces émollientes.....	2000 grammes
Graine de lin.....	250 —
Eau.....	5000 —

On fait bouillir, on passe, on exprime et l'on verse dans l'eau du bain.

II. *Bain glycériné:*

Glycérine.....	56 grammes
Gomme adragante.....	20 —

On jette ce mélange dans l'eau du bain. Cette formule est recommandée par les Anglais dans le traitement de l'ichtyose.

III. *Bains alcalins.* A faible dose (125 gr. de carbonate de soude), c'est un calmant ; à haute dose (500 à 1000 gr. de carbonate de soude), il devient un irritant et un substitutif véritable.

Voici une formule qui a réussi à Cazenave dans les prurits et a amélioré le psoriasis et le lichen :

Bicarbonate de soude.....	1000 grammes
Chlorure de sodium.....	30 —
— de calcium.....	150 —
Sulfate de soude.....	150 —
— de magnésie.....	45 —
— de fer.....	2 —

Au lieu de carbonate de soude, on peut se servir d'*eau de lessive* (60 gr. à 120 gr. pour effets calmants, 350 gr. à 450 gr. pour effets excitants) ou de *bain au borax* (80 gr. à 190 gr. par bain). Il est bon d'ajouter 30 gr. d'acide tartrique dans ces différents bains afin d'augmenter la quantité d'acide carbonique mis en liberté. Sous le nom de *bain de Plombières*, on prescrit la formule suivante qui réussit dans les prurits et le pityriasis versicolor (Cazenave).

Bain de Plombières :

Carbonate de soude.....	58 grammes
Sulfate de soude.....	37 —
Na Cl.....	17 —
Gélatine.....	17 —

IV. *Bains sulfureux.* Le bain sera à 33°, car il est excitant et risque à 36° ou 37° de produire de l'insomnie ou un léger mouvement fébrile.

Digitized by Google

Bain au trisulfure de potassium. A l'état de pureté, le sel est difficile à se procurer : 30 gr. par bain.

Bain au sulfure de potassium. 25 gr. à 100 gr. si l'on veut obtenir un effet résolutif et astringent. 100 gr. à 150 gr. pour un bain irritant et substitutif.

Bain au sulfure de sodium :

Sulfhydrate de soude	ãã 30 grammes
Carbonate de soude..... ..	
Na Cl	

Ou bien :

Sulfure de calcium	90 à 120 gr.
Acide chlorhydrique... ...	60 à 90 gr.

(Leslie)

Très actif dans les cas rebelles d'acné, devra être surveillé.

Ou bien :

Chaux vive.....	1 gramme
Fleur de soufre.....	2 —
Eau	20 —

(Vleminckx)

20 à 30 grammes de cette solution pour un enfant, 60 à 90 grammes chez un adulte.

On connaît les indications des bains sulfureux : séborrhée, acné, ichtyose, eczémas secs, prurits, gale, érythèmes persistants, pemphigus.

V. *Bains antiseptiques.* Les bains alcalins et sulfureux sont déjà doués de propriétés antiseptiques ; les bains antiseptiques proprement dits comprennent néanmoins d'autres agents, dont le sublimé, l'acide phénique, l'acide borique, sont les plus communément employés.

Bain au sublimé :

Sublimé.....	20 grammes
Alcool	50 —
Eau	200 —

(affections parasitaires, éruptions syphilitiques sèches).

On jette cette solution dans le bain.

Bain phéniqué :

Phénol.....	30 grammes

Pour un bain de 300 litres.

(Eczéma squameux, phtiriase.)

Dans l'eczéma vésiculaire rebelle, réussit fort bien le bain suivant ;

Acide phénique	10 grammes
Acétate de plomb.....	250 —

Bain boriqué. 100 gr. à 250 gr. d'acide borique par bain (eczémas infectés, folliculites). On peut encore prescrire le *bain naphtolé*, 5 gr. à 10 gr. de naphtol préalablement solubilisé dans l'alcool (gale, phtiriase); ou le *bain résorciné*, 30 gr. à 90 gr. de résorcine (affections parasitaires) ; ou au *permanganate de potasse*, 1 gr. par bain (pemphigus foliacé, eczéma chronique, ulcérations buccales ou syphilitiques).

Le permanganate a été employé depuis 1897 par Balzer, en bain local (1 pour 6000 ou 8000) dans les ulcères variqueux, la furonculose, les prurits, les sueurs fétides des pieds.

VI. *Les bains salés* (1 à 4 kilogr.) conviennent surtout aux scrofuleux.

VII. *Bains aromatiques.* Bains de tilleul (200 gr. à 500 gr. de fleurs), de camomille, de menthe poivrée, de baies de genièvre, d'extrait de gemmes de pin (150 gr. à 200 gr. contre les prurits).

Voici une formule qui pourra convenir et représente une formule de Leslie simplifiée :

Huile de romarin	ãã 1 gramme
— lavande.....	
— thym	
Teinture de quassia amara ..	50 —
Carbonate de soude.....	300 —

Le praticien peut encore employer les *bains arsenicaux* (5 gr. à 10 gr. d'arséniate de soude par bain).

VIII. *Les bains iodés :*

Iode.....	10 grammes
KI.....	10 —
Eau.....	450 —

Après dissolution complète, mêler à l'eau du bain. Réussit dans le psoriasis, l'eczéma sec, les affections squameuses, la syphilis tertiaire.

On ordonne encore souvent les bains de goudron :

Goudron de houille.....	300 grammes
Alcool à 95°.....	200 —
Ether.....	100 —

Enduire le malade avec cette solution, laisser sécher, après quoi le malade entre dans le bain (psoriasis).

M. Balzer prescrit :

Huile de cade.....	50 grammes
Jaune d'œuf.....	n° 1
Extrait fluide de quillaya....	10 grammes
Eau Q. S. pour.....	250 —

Cette émulsion se mélange parfaitement à l'eau du bain. On peut remplacer l'huile de cade par le goudron de Norvège, l'huile de bouleau ou de hêtre.

Enfin, contre la sciatique et le rhumatisme blenorrhagique, on recommandera le bain térébenthiné :

Essence de térébenthine....	100 grammes
Emulsion de savon noir....	200 —

Pour notre part, nous avons vu plusieurs cas de sciatique rebelle améliorés par cette méthode.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Eclampsie et corps thyroïde. — Si les accidents convulsifs consécutifs à l'ablation du corps thyroïde sont déjà bien connus depuis 1882 (Reverdin), l'idée d'interpréter certaines éclampsies puerpérales comme une manifestation d'hypothyroïdie est par contre beaucoup plus récente (Verstræten et Vanderlender, *Soc. méd. de Gand*, 1897). Les faits sur lesquels s'appuie cette hypothèse sont les suivants. Lange en examinant 135 femmes enceintes, a remarqué que presque toutes présentaient une hypertrophie du corps thyroïde et que les rares parturientes qui n'en avaient pas étaient la plupart albuminuriques et présentèrent à la fin de la grossesse des crises éclamptiques. D'autre part, des expériences faites sur des chattes ont montré, par exemple, qu'une de ces bêtes thyroïdectomisée et bien remise de son opération, devenait subitement éclamptique au cours d'une gestation ultérieure. Fruhinsholz et Jeandelize viennent de publier *(Presse méd.*, 25 oct. 1902) une nouvelle observation à l'appui de cette hypothèse. L'histoire de leur malade est en deux mots la suivante. Une femme en état d'hypothyroïdie devient enceinte : attaques d'éclampsie, sans albuminurie.

Que vaut cette hypothèse du rôle du corps thyroïde dans l'éclampsie? A l'heure qu'il est toute affirmation serait prématurée. Il est peu probable que toutes les éclampsies soient fonction d'hypothyroïdie. Y aurait-il certains cas d'éclampsie qui reconnaîtraient cette cause, c'est possible. Dans le *Journal de gynécologie d'Edimbourg*, sept. 1902) on a publié des cas d'éclampsie qui auraient été favorablement influencés par l'administration du corps thyroïde. — L. A.

DERMATOLOGIE

Etiologie spéciale de plusieurs cas simultanés d'urticaire.— Que plusieurs personnes d'une famille, plusieurs hommes d'un régiment présentent simultanément de l'urticaire, tout de suite on songe à une intoxication alimentaire. Et c'est à quoi pensa, en effet, notre confrère de l'armée, M. Masure, lorsque le 29 juin 1902, passèrent successivement devant son examen, un brigadier et sept cavaliers de son régiment. Tous ils avaient de l'urticaire, et l'éruption était apparue le matin même (*Arch. de Méd. et Ph. milit.*, nov. 1902). Quelle en était la cause? Le repas de la veille n'avait renfermé aucune substance dite urticarienne (moules, poissons, charcuterie, fraises); les malades n'avaient absorbé aucun remède; il ne pouvait s'agir d'une intoxication médicamenteuse. D'ailleurs, aucun d'eux n'avait de fièvre ni de troubles digestifs. A défaut d'une cause interne, M. Masure se rabattit sur une cause externe. Mais quelle était-elle ?

Le prurit avait commencé chez tous les malades dès qu'ils avaient changé de linge ; la disposition des papules plus rassemblées en certains points (épaule, aisselle, pli du coude, ceinture, verge et racine des cuisses), tous points où la chemise touche plus spécialement à la peau, firent penser à M. Masure que le principe urticant résidait dans la chemise elle-même. En effet, il suffit d'endosser à un autre malade en traitement une des chemises portées par l'un des consultants. Quinze minutes après, l'urticaire commençait à paraître.

Quel principe irritant était donc renfermé dans ces chemises ? Quelque ingrédient de lessive ? Non. Tout l'escadron avait été blanchi de la même façon, et seulement quelques hommes avaient été atteints. D'autre part, des parasites ne pouvaient être incriminés. Les punaises étaient absentes de la literie et des linges. Poursuivant ses investigations, notre confrère finit par découvrir la vérité. Tandis que le linge de l'escadron avait été séché sur des fils de fer, celui des hommes malades avait été étendu sur des haies d'aubépine. Or, celles-ci étaient couvertes de chenilles (*liparis auriflua*). On savait que ces chenilles étaient urticantes par elles-mêmes ; par une expérience sur sa personne, M. Masure se convainquit qu'elles étaient aussi urticantes par l'intermédiaire des linges qu'elles avaient frôlés. La cause de cette petite épidémie était donc aisée à établir : contact des chenilles avec les chemises que les hommes avaient mises le matin même. Comme le liparis auriflua ne vit à l'état de chenille que du 1er juin au 1er juillet, c'est en moyenne entre ces deux dates que des accidents de cet ordre auront chance de se montrer.

HYGIÈNE

La schistose. Maladie des ardoisiers. — L'extraction du schiste et le façonnement de l'ardoise ne vont pas sans inconvénients. Déjà il y a vingt ans, Duchesne et Miquel avaient insisté sur les risques professionnels que pareille industrie entraîne (*Revue d'Hyg.*, 1882, p. 284). Aujourd'hui le Dr Sejournet (de Revin, broch. de 30 p., Matot-Braine, Reims), revient sur le même sujet. Des facteurs multiples entrent en jeu : le manque d'hygiène domestique, l'alimentation insuffisante, l'alcoolisme préparent le terrain. Viennent ensuite les opérations qui président à la coupe, au fendage et à la taille de l'ardoise, le brouillard de poussière qui émane de

Digitized by Google

ces manipulations, pénètre dans les voies respiratoires, irrite le poumon. Des bronchites se déclarent, durent plus ou moins longtemps, et conduisent à la mort. Peu d'ouvriers échappent au mal ; s'ils commencent à travailler vers l'âge de 15 ans, c'est vers 35 à 40 ans qu'ils voient leurs forces diminuer et la bronchite faire son entrée. La durée moyenne de la vie de ces malheureux ne dépasserait pas 47 à 48 ans (Hamaide et Ripert).

La gravité s'explique : une double lésion pulmonaire peut survenir, d'abord une pneumoconiose produite par l'aspiration des poussières de silice, lesquelles contiennent en plus des quantités notables d'alumine et de sesquioxyde de fer (chalicose ou schistose des ardoisiers). Ensuite sur ce poumon qu'irritent et qu'enflamment les particules siliceuses, la tuberculose trouve un milieu particulièrement favorable. Elle s'installe fréquemment, d'autant que le bacille de Koch réside volontiers dans la poussière des ardoisières. Les crachats des ouvriers tuberculeux l'y ont de tout temps déposé. Cette complication de la tuberculose est habituelle : il est rare que la mort survienne du fait de la schistose seule.

La prophylaxie consiste à la fois à diminuer la formation des poussières schisteuses et à empêcher leur pénétration dans les voies respiratoires. Les ouvriers devront travailler sous un filet d'eau, on arrosera les couches pulvérulentes du sol. Le travail sera organisé en plein air à la saison d'été, dans des baraques convenablement chauffées en hiver. Un masque ouaté ou une cravate de gaze mouillée protégera le nez et la bouche des ardoisiers. Les chandelles et les lampes produisent du noir de fumée et sont susceptibles de déterminer de l'anthracose. Elles seront remplacées par la lumière électrique. On détruira les bacilles des crachats tuberculeux contenus dans le sol par des arrosages journaliers de solutions antiseptiques (sulfate de cuivre ou chlorure de chaux). On multipliera l'usage du crachoir. Surtout on combattra l'alcoolisme.

Dans la plupart des maladies professionnelles, c'est toujours l'alcoolisme qui est le grand coupable. C'est à lui qu'il convient de s'attaquer. En France, il est malaisé d'en venir à bout. Les mastroquets sont les maîtres du pays et les grands empoisonneurs, distillateurs-inventeurs de toutes sortes de boissons apéritives et toxiques, quand ils ont à force de réclames mensongères et tapageuses pénétré dans les foyers et semé la maladie et la mort sur leurs pas, de quelle manière le gouvernement punit-il leur industrie ? Il les décore pour services exceptionnels.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle.

Rapport sur les prix par M. Vallin, proclamation des lauréats par M. Riche. — Eloge de M. Baillarger par M. Magnan. (*23 décembre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le collargol dans la fièvre typhoïde. — MM. L. Rénon et Louste. — Fièvre typhoïde au second septénaire. Etat grave. A la suite de quatre frictions de pommade au collargol à 15 0/0, la fièvre tomba de 40°2 à 38° le soir et de 38°4 à 36°8 le matin, la maladie paraît complètement jugulée.

Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire. — MM. L. Rénon et Louste. — Homme de 40 ans, suite de traumatisme, de maladie de Dercum (voir *Journal des Praticiens*, n° 37). Ici encore la production de nodosités lipomateuses était précédée de douleurs et de troubles psychiques survenant comme il est habituel (perte de mémoire, lenteur de conception, etc.).

Méningite cérébro-spinale avec surdité temporaire terminée par la guérison. — MM. Moizard et Grenet. — Enfant de 6 ans 1/2 ; méningite cérébro-spinale, fièvre vive, amaigrissement, eschares, surdité. Plusieurs rechutes. Influence favorable des bains tièdes (37°) donnés toutes les 4 heures.

Ulcères multiples du pylore et gastro-succorrhée sans stase — M. Soupault. — On sait que M. Hayem considère l'ulcère juxat-pylorique comme la condition indispensable de la production de l'hypersécrétion continue du suc gastrique. M, Soupault se range à cette opinion dont l'observation clinique et les constatations faites au cours des laparotomies lui ont révélé la constante justesse,

BULLETIN DE LA SEMAINE

Les rapports avec les médecins de lycées.

M. Huchard a reçu de M. le Dr Gouraud, médecin de l'Hôpital de la Charité, la lettre suivante qui conclut à l'adoption d'une mesure excellente : la délivrance d'un dossier médical signé par le médecin habituel de l'élève et qui accompagnerait celui-ci à son entrée comme interne dans un collège :

Mon cher ami,

Puisque vous traitez dans votre journal (13 décembre) la question des rapports qui doivent exister entre le médecin du collège et le médecin de la famille, permettez-moi de vous soumettre quelques observations qui me semblent avoir une importance pratique.

Je ne crois pas que l'indépendance du médecin de la

Digitized by Google

famille, vis-à-vis du médecin du collège, doive être absolument complète ; et tout en reconnaissant avec votre distingué collaborateur, qu'un interne, revenu dans son domicile, n'appartient plus à la maison d'où il sort, mais rentre sous la tutelle de ses parents, j'estime que le médecin de la famille a un devoir à remplir auprès du médecin du collège pour faciliter à celui-ci sa tâche, au moment de la rentrée d'octobre ; je veux parler du dossier médical. Voilà près de 30 ans que je suis médecin du collège Stanislas, j'ai donc quelque expérience à ce sujet. Vous ne sauriez croire combien il est difficile de donner une consultation aux élèves qui se présentent pour la première fois à l'infirmerie au moment de la rentrée sans pouvoir fournir les renseignements nécessaires au médecin qui va désormais être officiellement chargé de la direction de leur santé. Le dossier médical devrait contenir toutes les circonstances personnelles importantes, relatives aux accidents de croissance, aux maladies antérieures surveillées par le médecin de la famille, aux tares héréditaires, aux prédispositions individuelles spéciales, surtout en ce qui concerne la tuberculose, la neurasthénie, le surmenage, si fréquemment observés aujourd'hui, et enfin à la date de la dernière revaccination. Ce dernier point est capital : il existe en effet une nouvelle loi, qui rend la revaccination obligatoire et une décision ministérielle qui oblige à revacciner tous les ans chaque élève, jusqu'à ce que la revaccination ait été suivie de succès. Quelle sera la conduite du médecin du collège, si ce renseignement particulier ne lui est pas fourni par le médecin de la famille ? Vous le voyez, mon cher ami, le dossier médical s'impose et puisque l'Université exige un livret scolaire pour admettre un candidat à tel ou tel examen, pourquoi le directeur d'un collège n'aurait-il pas le droit d'exiger du médecin de la famille un certificat analogue, au moment de la rentrée, pour les élèves nouveaux ?

Telles sont, mon cher Huchard, les observations que m'a suggérées la lecture de l'article que votre distingué collaborateur a consacré aux rapports avec les médecins des lycées. — Dr Gouraud, *médecin de l'Hôpital de la Charité.*

D'autre part et toujours à propos de ces rapports avec les médecins de lycées, notre distingué collaborateur, M. le docteur Dresch (d'Ax) nous soumet une autre question : Une famille qui a un enfant malade dans un établissement universitaire est-elle obligée d'agréer comme médecin celui que lui offre l'Administration ?

Il conclut par la négative : « Les indigents, dit il, ont le droit de se faire soigner par un médecin de leur choix ; il serait assez curieux que les familles n'eussent pas le droit de refuser les soins gratuits du médecin de l'Administration et d'appeler, en le payant, le médecin qui leur inspire le plus de confiance ».

Si la logique et le bon sens plaident dans le sens de notre confrère, il ne semble pas toutefois que la réalité des faits lui donne raison. Pour ma part, au printemps dernier, une famille ayant eu préalablement à se plaindre du médecin d'un lycée de Paris, le père me pria d'aller voir son fils malade qu'il refusait de confier aux soins du médecin de la maison. Le proviseur se montra intraitable : le malade serait vu en consultation et à l'heure de la visite du médecin de l'établissement, mais pas autrement.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine infantile, par le Dr H. Legrand, 1 vol. in-18 de 432 pages, 4 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce qui frappe à la lecture du présent volume et ce qui le distingue de tous les ouvrages similaires est la grande place qu'il accorde à l'hygiène et à la prophylaxie. Les questions d'alimentation et de diététique reçoivent des développements inspirés par le meilleur esprit clinique. Les maladies graves de l'enfance ne sont-elles pas le plus souvent entraînées par des erreurs d'alimentation et de régime ? Un traité de médecine infantile ne doit pas seulement s'attarder à la description minutieuse des symptômes, il doit surtout fournir les moyens d'éviter le mal. La moitié du volume étant consacrée à la prophylaxie générale comprise dans le sens de résistance contre l'ensemble des maladies, la seconde moitié s'occupe surtout des moyens de prophylaxie à opposer à chaque maladie en particulier. Tout cela est complet, bien exposé, pratique.

Consultations médico-chirurgicales, par le Dr Combemale. Paris, O. Doin, édit., 1902. 1 vol. de 562 p., 6 francs.

Ce volume contient cinquante consultations rédigées par une douzaine de confrères. C'est court, net, pratique. A remarquer cette tendance de notre époque à déserter les œuvres d'érudition touffue et lourde pour revenir à des livres qui dénotent moins les connaissances encyclopédiques de leur auteur que ses qualités de praticien.

Traité de médecine (2e édition), t. VIII, par André Petit et Vettinger. Masson et Cie, édit., 1902. Un vol. 14 francs.

C'est à M. André Petit qu'a été dévolu le soin délicat d'exposer l'état complet de nos connaissances sur les affections du cœur. Il s'est acquitté de sa tâche avec une rigueur de méthode et une justesse de vue critique, une richesse de documentation qui font le plus grand honneur à l'auteur et assurent à ce volume une place de choix au milieu des Traités didactiques de ce genre.

La Médication Phosphorée par

L'OVO-LÉCITHINE BILLON

Expérimentée dans les *Hôpitaux de Paris* contre les

TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

NEURO-IODURE. — Grâce à la parfaite combinaison de l'iodure de potassium et du glycérophosphate de chaux, cette préparation *ne donne naissance à aucun phénomène d'iodisme* ; on n'a pas à craindre les cas d'intolérance et le traitement peut se poursuivre sans aucun inconvénient pendant plusieurs mois.

Le secrétaire-gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google